

253
Zej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

“EXODONCIA”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

AMADA MARIA QUINONEZ BASTIDA

ASESOR DE TESIS

DR. MARCELO YOLLI SATO SATO

MEXICO, D. F.

1987.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

- I.- DEFINICION DE EXODONCIA
- 2.-INTERROGATORIO Y EXAMEN BUCAL
- 3.-NUMERO DE RAICES DE LOS DIENTES
- 4.-PROBLEMAS DE LOS ESTUDIOS RADIOLOGICOS Y
EXTRACCIONES EN LOS ESTADOS FICIOLOGICOS
EN LA MUJER
- 5.-HISTORIA CLINICA
- 6.-TECNICAS DE ANESTESIA SUPERIOR E INFERIOR
- 7.-EXTRACCIONES INTRAALVEOLARES
 - a).-EXTRACCIONES TRANSALVEOLARES
 - b).-HEMORRAGIAS EN LAS EXTRACCIONES
- 8.-ALVEOLITIS
- 9.-MEDICAMENTOS EN EXODONCIA

I N T R O D U C I O N

La extracción dental es una de las operaciones quirúrgicas más frecuentes

Esto hace que el Cirujano Dentista cuente con la experiencia necesaria para realizarlo.

Conocer las técnicas para la remoción de los dientes individuales, la evaluación preoperatoria y cuidados postoperatorio.

Por lo que he sentido la importancia de tener más información y una orientación teórico-práctico. Ya que dado el poco tiempo que tiene el curso de exodoncia durante la carrera de Cirujano - - Dentista y lo importante que es a nivel consultorio dental.

He realizado este trabajo.

DEFINICION DE EXODONCIA

Exodoncia.-Segun Winter.

Termino introducido en el lenguaje médico, es la parte de la cirugía que encierra a la extracción dentaria.

Dientes que han perdido su función ya sea por procesos cariosos parodontales, por tratamientos ortodonticos, protésicos y -- -- también tratamientos endodonticos.

Que han fracasado.

Las indicaciones para la extracción dental son muchas y muy variadas Si el tratamiento conservador ha fracasado o no está indicada, el diente debe de ser extraído en las enfermedades parodontales -- caries, infección periapical, erosión, abrasión, atrición, hipoplasia o lesiones pulpares, pulpitis, "pólipo pulpar" o hiperplasia pulpar.

El trauma a los dientes o a la mandíbula causan la dislocación - del diente de su alvéolo. Más comúnmente , tanto la raíz o la corona de los dientes son fracturados o el diente puede ser dislocado -- parcialmente de su alvéolo. Cualquiera de estos accidentes necesitan la extracción del diente dañado. Un trauma más intenso causa -- -- fractura mandibular, y en estas circunstancias casi siempre es -- necesario extraer el diente situado en la línea de fractura. Algunas veces un diente debe ser extraído como parte de un plan global -- de tratamiento ortodóntico o de prótesis, o antes de empezar un -- tratamiento de radioterapia.

Actualmente se considera la extracción dentaria como un -- --
acto quirúrgico delicado porque puede poner en peligro la --
salud y aún la vida del paciente.

La extracción dentaria, es una intervención en la cual debemos --
poner todo nuestro cuidado para lograr éxito, no se deben olvidar
nunca los conceptos de asepsia y antisepsia así como el estudio
del paciente, para prevenir accidentes durante la intervención --
o posteriores a esta, además el uso del instrumental debe ser --
adecuado para cada caso así como la anestesia que puede ser local
general o regional.

INTERROGATORIO Y EXAMEN BU CAL

En el interrogatorio es importante que el dentista conozca las enfermedades de el paciente.

Haber recorrido un gran número de pacientes tener una terminología satisfactoria y escribir en pocas palabras lo que se desee asentar.

Se hara una grafica de los hallazgos más importante tanto el interrogatorio como la grafica deben indicar claramente la - situación exacta de el area patológica de los dientes cariados o infectados evitando erros al señalar el lado correspondiente de la lesión.

El cirujeno dentista debe conocer fundamentalmente los estados normales y anormales de la cavidad bucal, con el fin de establecer el tratamiento correcto, por esto es importante que;

- 1.-Se obtengan los conocimientos clínicos, teorico-practicos de la enfermedad de la boca.
- 2.-Habilidad necesaria para la aplicación de dichos conocimientos en el estudio clínico de los pacientes.
- 3.-La cantidad de sarro que halla en las piezas dentarias una buena higiene que no pueda ser signo de infección bucal de algun foco infeccioso de malos hábitos etc.
- 4.-Se observara en que condiciones se haya el parodonto
- 5.-Si es necesario la extracción.
 - a).-En caries de 4-
 - b).-Restos radiculares
 - c).-movilidad de tercer grado
 - d).-Falta de sosten oseó
 - f).-Por ortodoncia o razones protésicas

NUMERO DE LAS RAICES DE
DE LOS DIENTES DEL
MAXILAR SUPERIOR

Raíces de los diferentes dientes del maxilar superior.

Incisivo Central superior.

Una raíz forma conica aplastada en el sentido mesio dental.

El alvéolo como la raíz que alberga el tejido oseó es más abundante hacia el lado palatino, esta separado de su homólogo del lado -- opuesto por tejido esponjoso y la línea de unión de estos maxilares superiores.

Su extracción es con una pinza recta ISO cryer 99 a, 99 c diseñada para incisivos centrales y caninos superiores.

Incisivo lateral superior.

Una raíz de forma más aplastada en el sentido mesiodistal que el central, muchas veces más anomalías en formación y dirección al eje de el diente, esta inclinado en dirección palatina y el apice ligeramente curvo hacia distal.

La pinza número 62cc nos sirve para centrales muy destruidos.

Canino superior.

Una raíz fuerte y solida que alcanza una longitud hasta de 17 a -- 18 mm.

Ligeramente aplastada en el centro mesiodistal.

Su apice, anomalías de forma y dirección.

Para estos dientes los movimientos deben ser con cuidado los de luxación hacia abajo y hacia adelante.

Las pinzas para este diente son 99 C 94 A 62 universal.

Primer premolar superior.-

Dos raices, una bucal y otra palatina ó la raíz unica bifurcada - en su porción apical sus conductos en el caso de una raíz pueden ser dobles.

La pinza para este diente es ligeramente curva en sus dos por-- ciones para que se acomode con facilidad al cuello de el diente salvando la comisura bucal.

La prehención debe ser todo lo elevado que permita el nivel del borde alveolar por lo tanto la prehención se debe ejercer inmedia-- tamente por debajo de el borde óseo.

La luxación es con movimientos de lateralidad el primer movimien-- to de lateralidad a de realizarse hacia bucal pero debe ser -- efectuada en un arco breve con presión apical el segundo movimien-- to hacia palatino tambien de poca amplitud la fragilidad del diente inoide desluzamientos extensos , se repiten hasta lograr la ---- luxación.

La tracción debe ejercerse hacia abajo y afuera procurando que en el descenso y la lateralidad no se fracture alguna de las raices antes de salir de su alveólo.

El forceps 99 C, 99 A el 150 y el 62 universal sirven para la - extracción de el primer premolar superior.

Segundo premolar superior.

Una raíz algo aplastada mesiodistalmente.

La técnica para la extracción muy parecida a la que se hace en - el primer premolar, esta en relación más intima con el seno, son - mayores que las de su vecino la tabla externa esta más gruesa -- por la apofisis malar.

La tecnica, sera tomando las precauciones debidas respecto al --- seno y disminuyendo la amplitud del arco de los movimientos ---- laterales de luxación.

El mismo forceps que para el primer premolar superior sirve para

El segundo premolar superior.

Primer molar superior.--

Tiene tres raíces una palatina y dos bucales (mesial y distal)

En algunas ocasiones se fusionan las raíces bucales.

La palatina es la más gruesa larga y solida tiene forma de un cono dirigido hacia el lado palatino, casi no hay dilaceración a nivel de su apice.

La raíz mesial es más corta que la palatina y también más delgada las anomalías de forma son frecuentes la raíz distal es más delgada. En la mesial las anomalías de dirección son más frecuentes en esta raíz que en las otras dos.

En la técnica de la extracción, la prehensión de los bocados de la pinza por debajo del margen gingival adaptado la cavidad del bocado a la curvatura de las raíces. La estructura de la corona, la integridad de sus caras, la extracción de las caries serán puntos a considerar en el acto operatorio. La luxación primer movimiento de lateralidad de poca amplitud para no fracturar la débil tabla externa a veces este primer movimiento es suficiente para desarticular totalmente el diente. En tal caso puede continuar la operación con el movimiento de tracción llevando el molar abajo y afuera. El primer movimiento no es suficiente para amplexar el alveolo - Los forceps serán para el primer molar superior derecho es.

I8 R 53 R 88 R

Primer molar superior Izquierdo es.

I8 L 58 L 88 L

Segundo molar superior.

Es trirradicular en la mayoría de los casos se presenta parcial o totalmente fusionadas la palatina raíz única y fuerte.

También hay un gran número de anomalías en este diente.

Para su extracción se utiliza el mismo instrumental que el primero.

La tecnica es la misma que el primer molar superior.

La disposición radicular es distinta.

Debe tenerse en cuenta las anomalías de las raíces fucionadas para que no halla fractura.

Los movimientos de lateralidad pueden ser más amplios que los indicados para el primero.

Se utilizan las pinzas número I8 R 53 R 38R para el lado - derecho los números I8 L 53 L 88 L tambien el IO5

Tercer Molar Superior.-

Su raíz puede ser triradicular ó tetraradicular, sin embargo no es raro encontrar un número mayor de raíces lo que prevalece en este órgano es la anomalía de las formas radiculares están dilaceradas desviadas de su eje y con las formas más -- caprichosas esta da una fragilidad en su porción radicular. Hay pinzas para la extracción del tercer molar superior que tiene los mismos bocados son de bayoneta.

La prehención debe tomarse en cuenta el segundo molar su corona para evitar que se fracture, se aplican sus bocados al cuello del órgano dentario procurando que esten en la misma dirección que el diente a extraer.

La luxación es brevemente con el elevador un movimiento de lateralidad hacia afuera.

En caso contrario, se completa con un ligero movimiento hacia el lado palatino terminando el movimiento de lateralidad y rotación para vencer la disposición radicular movimientos - hacia afuera y hacia arriba girar sus movimientos sobre sus apsisés.

La tracción es de lateralidad, el de rotación y el de tracción movimientos de vuelta de tornillo.

Se utilizan para estos molares IO 5 2IO 5 2IO

DIENTES DEL MAXILAR INFERIOR

Incisivo Central Inferior.-

El incisivo central tiene una sola raíz, larga delgada y alargada en sentido mesiodistal. Radiográficamente, establecerá el tamaño, la dirección y las direcciones de la raíz de este diente y nos hará decidir la técnica a emplear.

Las pinzas para los incisivos centrales son de mordientes muy finos para adaptarse al cuello delgado de estos dientes.

Su prehensión es introduciendo por debajo del borde gingival hasta alcanzar el cuello de el diente.

La luxación de la raíz del incisivo y de las paredes óseas exigen delicadeza y precisión en los movimientos, con objeto de no lastimar o fracturar la raíz o la tabla ósea.

Se efectúa un primer movimiento de lateralidad de poca amplitud hacia la tabla vestibular y otro movimiento hacia lingual.

EL movimiento de rotación puede ser aplicado con ciertas reservas. Cuando ya ha vuelto el diente a su posición primitiva en el alveolo se le imprime el movimiento final hacia delante, arriba y afuera.

Incisivos Laterales Inferior.-

Tiene una raíz, su disposición en el alveolo clínica y radiográficamente son parecidos al incisivo central. Solo más delgado y de mayor longitud, tener más cuidado y precisión en los movimientos que son indicados en el diente anterior.

Canino Inferior.-

Una raíz sólida y maciza de forma cónica. Su vértice está por lo general fuertemente dilacerado.

La pinza para la extracción del canino cullos bocados amplios y sólidos forman un ángulo obtuso con la parte pasiva es el instrumento de elección.

Los forceps 99 A de Kells

I5I Cryer Universal

I7 Universal sirven para las piezas centrales, laterales, caninos el 99 C recomendado sobre todo para los caninos.

En el canino inferior, el examen radiológico nos indica la forma y longitud de la raíz no hay órgano importante en su vecindad. Tener en cuenta que es un sitio de menor resistencia en la arquitectura del maxilar inferior y lugar frecuente de fractura del hueso en cuyo mecanismo de producción se le considera una causa coadyuvante.

Su técnica para su extracción es, en la prehensión la pinza -- toma al diente lo más inferior que le permita la altura de el hueso. La luxación en el primer movimiento de lateralidad debe ejecutarse hacia afuera (bucal). La fragilidad de la tabla -- externa no permite un movimiento muy amplio.

Es preferible realizar varios movimientos de luxación, simplificar la extracción con otras técnicas. Antes que correr el peligro de la fractura del diente o de una extensa porción de la tabla externa. Lo cual puede traer aparejados trastornos estéticos y protéticos.

La rotación debe ser de poca amplitud, como en el maxilar superior se logra dirigiéndola pinza hacia la derecha e izquierda haciendo girar el diente sobre su ápice y según su eje mayor. La tracción, cuando se vence la resistencia de las partes óseas y ligamentosas, el diente es llevado hacia afuera arriba y adelante con la que se realiza la extracción.

Primer Premolar Inferior.-

Una raíz generalmente larga y aplastada en sentido mesiodistal de la parte coronaria a la radicular. Se pasa bruscamente, a nivel del cuello existe un estrechamiento pronunciado que pone a esta parte de el diente en la más débil si hay destrucción de caries

Tiene entonces una fragilidad que dificulta un poco las manio--
bras de exodoncia.

La extracción de los premolares tiene cierta dificultad que en
ocasiones debe ser vencida por métodos quirúrgicos apropiados. -
Las estructuras con las que se encuentra este diente son el ----
orificio mentoniano, con los elementos que le son propios en la -
radiografía correspondiente a este diente se observa la desviación
radicular, a la altura de los tabiques alveolares, se observa ---
también la densidad del tejido óseo y la ubicación del agujero -
mentoniano.

Las pinzas debe introducirse todo lo profundamente que le permita
la altura de el borde alveolar.

El éxito en los movimientos de luxación sólo se obtiene tomando
el diente en un punto útil para la aplicación de la fuerza. Los
peligros de la fractura, aun en el momento de la prehención, son -
frecuentes.

La luxación son movimientos laterales y de rotación, aunque este
último debe ser siempre muy restringido. La primera lateralidad -
a de fracturarse hacia la tabla vestibular dibujando un arco de
amplitud. La segunda se hará hacia la tabla lingual. esta dificultad
por las condiciones anatómicas anteriormente señaladas. Cuando el
diente no logra vencer su adherencia, estos movimientos de latera-
lidad se repetirán hasta lograr el efecto que se desea.

La rotación es un cuayuvante eficaz en algunas oportuidades sobre
todo cuando el diente no se presenta muy aplastado mesiodistalmente
La tracción después de los movimientos de lateralidad, o de rota-
ción se desplaza el diente hacia arriba y afuera.

Segundo premolar Interior.-

Una raíz. Es muy parecido a las de el primero sólo varían la disposición del agujero mentoniano y las relaciones distales en caso de ausencia de el primer molar.

La técnica de extracción es muy parecida a la del primer premolar solo tener cuidado con las estructuras antes mencionadas.

Se utilizan para estos premolares los forcens número 150 Cryer Universal

Número 62 Universal en forma 2S" itálica sirve también para incisivos y premolares

Número 32 Parmy en forma de bayoneta es para premolares I y 2

18 Harries para premolares derechos

18 L Harries para premolares Izquierdos.

Primer Molar Inferior.-

Dos Raíces, una anterior, la mesial, y otra posterior, la distal.

Las raíces varían en su forma cónica, dirección y relaciones.

La raíz mesial tiene una forma cónica, avastada en sentido -- mesiodistal, puede presentarse bifurcada. En algunas ocasiones -

presenta, en la unión .de su tercio superior con los dos inferiores un abultamiento o codo el cual le da una sólida retención en el alvéolo, Generalmente se dirige hacia abajo y adelante, pero puede presentarse un gran número de casos desviaciones anormales en su dirección o cementosis radiculares.

La raíz distal, generalmente un poco más larga que la mesial -- ambas raíces pueden presentarse paralelas, divergentes o convergentes encerrando entre ellas una porción ósea variable.

El séctum interradicular, que constituye una fuerte retención para el molar y dificulta las maniobras operatorias.

El examen radiográfico más que cualquier otro diente, es necesario en el se vea la forma, disposición, dirección y anomalías --- radiculares, su grado de calcificación y la arquitectura alveolar.

Pinzas para la extracción, tienen en su parte activa y pasiva -
dispuestas en angulo recto. La parte pasiva se adapta a la de el
operador, la activa, esto es lo. mordientes de las pinzas construida
para conformarse al cuello dentario.

Para la extracción, se introducen los mordientes de las pinzas -
hasta que se ubiquen en el espacio interradicular y las escotaduras
de sus bordes inferiores se adaptan a la curvatura radicular.

La luxación es el desplazamiento del maxilo radicular debe hacerse
aprovechando la elasticidad de las paredes alveolares óscas externa
ó interna. El primer movimiento de lateralidad se efectuara hacia
el lado vestibular, haciendo describir al molar un arco cuyo centro
está colocado sobre la línea de unión sobre sus dos ápices.

El segundo movimiento de luxación se realiza hacia la tabla lingual
si la sensación táctil del operador indica que el molar está luxado
cesarán los movimientos de lateralidad en caso contrario, se repe--
tiran siguiendo el mismo orden las veces que lo exijan las adha--
rencias del diente y hasta vencer la elasticidad ósea.

La tracción se dirige el molar hacia arriba y afuera, desplazandolo
de tal modo de su alvéolo.

Algunos molares de raíces cónicas o fusionadas de los de lateralidad
hacia afuera y de tracción; Otros en cambio, sólo pueden ser estráidos
después de sucesivos movimientos de amplitud creciente, con los -
cuales se logra vencer "A duras penas" la resistencia del hueso.
Entre ambas posibilidades caben todas las intermedias. La practica
quirúrgica dará la suficiente destreza y el tacto necesario para
advertir la oportunidad de aumentar los esfuerzos o ampliar los
movimientos.

Los forceps para la extracción de el primer molar inferior.
Es I7 Universal, 23 cuerno de vaca, para piezas muy destruidas
237 con manros curvos

Para el derecho tendra I3R y para el izquierdo I3 L inferior
Segundo molar inferior.-

Tiene dos raices como el primero la disposición y forma radicular
son muy parecidas a las de su vecino. Estan en muchas ocasiones
fusionadas.

Sus tablas óseas tienen muy poca elasticidad, una nota importante
es la existencia o ausencia del tercer molar. En caso de existir
este diente el alvéolo del segundo está en relación normal con
el tercero, separados ambos por un tabique óseo de espesor variable
Cuando el tercer molar está ausente, por extracción previa de este
órgano, el alveólo de el segundo molar limita con la rama ascendente
separada de ésta por un ancho tabique. Si el tercer molar se halla
retenido, por la edad del paciente o patológicamente el alveólo
del segundo ésta en intimo contacto y aun en comunicación con
el tercero.

El conducto dentario inferior pasa muy cerca de los apices del
segundo molar.

El instrumental y la tecnica es igual que el primer molar inferior.
El 83R para el derecho y el 88L para el Izquierdo nervius
El pico afilado separa la membrana mucosa y el periostio al entrar
en la bifurcación de las raices vestibulares.

Tercer Molar Inferior.-

Puede tener de una a cinco raices casi siempre fusionadas en una
aunque pueden estar bien delimitadas.

Cuando el tercer molar esta correctamente implantado y normalmente
erupcionado y sus raices no presentan obstaculos. La exodoncia
indica como instrumento ideal el botador.

Se debe examinar detenidamente el alveolo, particularmente. Cuando la

Fiezo se extrae por pericoronitis.

La tecnica para la extracción sera: 1.-Con el botador

2.-Elección, Toma y Aplicación

3.-Acuñamiento

4.-En forma de balanca

5.-abulción

Las pinzas de elección para los terceros molares seran:

222 Universal, Debe tene bocados acanalados.

210 de SS White, 270 de Shinkel

En posición normal de la arcada los picos debido a su posición desaliniada, permiten ver bien todos los dientes en posición -- normal.

PROBLEMAS DE LOS ESTADOS

FISIOLÓGICOS EN LA

MUJER

En la Menstruación.-

No es ningún problema para la extracción salvo que en tal estado crea en el paciente particular problemas, es mejor posponer la extracción para cuando no se encuentre en este estado, se dice que no hay problema.

Puede haber una situación temperamental o un shock psíquico, puede tener influencia en su círculo normal de las reglas.

También es necesario saber si hay dismenorrea (menstruación dolorosa) o si hay Amenorrea (supresión del flujo menstrual).

En una mujer no embarazada y que no ha llegado a la menopausia.

Si el sangrado dura más de cuatro días, pedirle pruebas de laboratorio es a veces conveniente administrar en este estado tranquilizantes o sedantes.

En el Embarazo.-

No hay contraindicaciones: Acarrea más trastornos para la pacientes y su hijo, los inconvenientes que ocasiona el dolor y las complicaciones de origen dentario que al acto de la extracción.

Como regla general que cuando más avanzada esta el embarazo menos inconvenientes tiene la madre, se debe tomar en cuenta, cuantas gestaciones a tenido, si ha habido abortos, si anteriormente hubo cierta propensión a los mismos.

La extracción se hará previa autorización del ginecologo en los primeros 3 meses de gestación, y en los últimos meses debido a que la anestesia provoca un relajamiento de cuello uterino y puede desalojar el producto debido a que su peso es mucho mayor.

En radiología. Las radiaciones en odontología son mínimas en la

Región abdominal son mínimas (0.6 a 0.6 rades) ya que la región en la cual opera el odontólogo, se encuentra alejada, la misma - al sumarse (acumularse) a otras dosis absorbidas, antes o después de exámenes directos de la región abdominal, pueden actuar como dosis "desencadenantes" determinando la aparición de mayor o menor gravidades, según el caso, las dosis dentales podían comparativamente actuar como la gota que hace rebasar el vaso.

En la práctica por lo tanto debe tenerse cuidado con los niños Las mujeres embarazadas y de hecho con cualquier persona menor de 45 años (no por eso se descuida a los mayores de edad).

Lactancia.-

No hay contraindicación solo que con la tensión nerviosa y estado de angustia de la paciente su organismo produce una sustancia llamada magro que se ve combinar con la leche y tiene la particularidad de producir diarrea en el niño, es preferible darle --- placebos en lugar de tranquilizantes. Recomendar no dar la leche al niño durante dos días.

Menopausia.-

Estado fisiológico de la mujer en que su organismo deja de menstruar. Tampoco hay contraindicaciones en la exodoncia, sin embargo como el estado hormonal y emocional de la paciente se encuentra alterado, se necesita tranquilizarla con el diálogo médico-paciente si no da resultado, entonces con algún placebo de lo contrario - será un tranquilizante (ataráxico) o sedante.

HISTORIA CLINICA

La historia clinica.-

Debe haber entre el paciente y el doctor simpatia, tacto, diplomacia debe elaborarse con paciencia, el doctor debe tener habilidad para realizar la historia clinica una muestra de irritabilidad suele contrariar o irritar al paciente.

Una tecnica a seguir es darle la hoja al paciente y que este marque las respuestas del cuestionario, esta hoja puede ser elaborada en forma de test o cuestionario.

Interpretación de la historia clinica.-

Preguntas.-

Su salud es buena?

Nos ayuda ha que haya comprensión entre el paciente y dentista

Ha habido algún cambio en su salud durante el año pasado?

una costestación afirmativa nos obliga a tener mayor informacion aserca de los antecedentes fisicos del paciente.

El examen ~~déntisá~~ cuando fue la última se refleja en estas preguntas si el paciente le interesa su bienestar, salud personal.

Se encuentra usted bajo el cuidado de su médico?

Motivos para la relación de su médico y dentista.

Los metodos actuales del médico especialmente la terapéutica farmacológica, el efecto de algunos procedimientos dentales ---- sobre pacientes que padecen enfermedades sistematicas es bien conocido y a la vez los medicamentos empleados.

Si contesta afirmativamente a la pregunta ¿Cual es el padecimiento.

El paciente que ve a su médico cada año para hacerse examinar rebela una preocupación por su propio bienestar.

El examen médico puede señalar trastornos importantes para la elaboración del plan de tratamiento dental.

Apellido y dirección del médico.-

Muchos pacientes con problemas médicos requiere la autorización de su médico antes de someterse a un tratamiento dental.

¿alguna enfermedad grave, se le ha sometido a una intervención quirúrgica de importancia?

que haya estado más de 7 días hospitalizado ó ha estado en peligro su vida.

Descubrir secuelas de enfermedad en la historia médica del paciente que hubiera afectado su salud permanentemente. La falta de buena salud puede obligarnos a tomar precauciones especiales durante los procedimientos dentales.

Si ha sido intervenido quirúrgicamente el dentista debe averiguar el tipo de la misma si se presentaron complicaciones durante la convalecencia, si hubo reacciones alérgicas a los medicamentos — u otro tipo de reacciones indeseables.

¿Si fue internado en un hospital?

¿Si ha padecido alguna enfermedad cardiaca reumática.

Debe tenerse precaución para evitar tener hemorragias.

Puede suceder sobre todo al realizar extracciones y cuando se hace odontoxesis.

Debe verse el problema con el doctor de el paciente si hay, lesiones cardiacas congénitas?

Tambien debe consultarse con el médico del paciente antes de un tratamiento dental, si es enfermo cardiovascular?

Como ataques cardiacos ó infartos al miocardio si esta bajo --
tratamiento con anticuagulantes.

terminandose mediante analisis mensuales de laboratorio.

Si hay alguna cirugia bucal o dental el paciente, tratado con -
anticuagulantes sera disminuir su dosis antes de la cirugia de -
acuerdo con el médico de el paciente.

Antecedentes de Embolia y Hemiplejia.

Es tan importante, como los de ataque cardiaco. El tratamiento a
base de anticuagulantes, tambien esta indicado en accidentes --
cerebrovasculares. La parálisis resultante de una embolia, puede
ser importante pues en ocasiones impide que el paciente efectúe
una higiene bucal adecuada y le dificulta la inserción y retiro
de aparatos protésicos dentales.

Una historia de soplo cardiaco es importante ya que es necesario
determinar si se trata de un soplo organico o funcional estos
soplos generalmente no requieren premedicación. Los soplos organicos
sin embargo casi siempre se deben a un defecto del endocardio
que predispone al individuo a la endocarditis.

¿Siente dolores en el pecho al hacer un esfuerzo?

¿Se le hinchan los tobillos?

Si el paciente contesta afirmativamente a esta pregunta debe con-
sultar a su médico sin demora.

Puede ser una irrigación sanguínea deficiente.

Muchos pacientes toman nitroglicerina para el alivio de dolores
en el pecho. En estos casos el consejo de el médico es de suma -
importancia la falta de aire, cuando se acuesta o necesita almohadas
adicionales para dormirse.

Se puede considerar la posibilidad de que exista insuficiencia
cardiaca.

Alergias.-

Obtenerse mayor información antes de instituirse un tratamiento
dental. Como asma o fiebre del heno.

Sensibles a la aspirina y sufrir una reacción asmática grave después de su administración. Si el asma padece desencadenarse con alérgenos bacterianos, deben alimentarse todos los focos de infección periapicales y periodontales.

Urticarias o erupciones cutáneas, están asociadas con alergias a los alimentos y drogas.

Estas reacciones son casi todas inespecíficas, se deben hacer investigaciones para determinar su etiología.

Desmayos o convulsiones.-

Se trata de descubrir en esta pregunta la predisposición o los síncope después de la administración de anestésicos locales en la boca.

Los individuos con ataques de petit mal, lo describen como una -- tendencia a desmayarse, sin relación con un periodo de tención -- o una hora de el día en especial.

Los individuos que padecen convulsiones o epilepsia deben ser -- identificados, con el objeto de darles cuidados especiales durante las consultas dentales.

Es fácil que un epiléptico presente una crisis al encontrarse -- sometido a la tensión adicional que proce una visita al dentista a pesar de estar recibiendo medicamentos diariamente.

Es entonces necesario estar seguros que el paciente esta recibiendo un tratamiento adecuado.

El medicamento adecuado con el Dilantin Sodico que tiene un efecto directo sobre la encía, el dentista debe saber reconocer esto.

Las medidas necesarias para aliviar la hiperplasia.

El médico nos dira si es aconsejable modificar la dosificación de los agentes anticonvulsivos durante el tratamiento dental.

Diabetes.-

La diabetes mellitus se presenta en dos formas adulta y juvenil. La diabetes adulta es más fácil controlar. Los diabéticos jóvenes presentan fluctuaciones en los niveles de glucosa sanguínea, lo que acarrea frecuentemente choques insulínicos. Por lo general - los diabéticos son más susceptibles a las infecciones que los no diabéticos. El paciente puede presentar una coma diabético, si hay infección aun recibiendo su dosis de insulina. Debe citarseles - después de la comida, es posible evitar el choque insulínico. Orinar más de seis veces al día.-

Provocado por una enfermedad funcional, trastorno renal hipertrofia prostática.

El aumento de la micción que se presenta en los diabéticos se denomina poliuria y es uno de los síntomas del padecimiento. Tener sed la mayor parte de el tiempo.

La polidipsia es un síntoma de la diabetes si este va acompañado de la poliuria indica que puede existir un estado diabético.

Si el paciente informa que ha perdido peso considerablemente. Con un aumento de apetito y un retraso en la cicatrización de - cortaduras y abrasiones, no debe descartar la posibilidad de que padesca diabetes.

En estos casos el dentista debe estar seguro que esta enfermedad está controlada.

Hepatitis, Ictericia, Enfermedades de el Hígado.

Dos tipos de hepatitis, de interés para el odontólogo que son. Hepatitis infecciosa y la hepatitis por suero.

La hepatitis infecciosa causa de preocupación para el dentista debido al peligro de contagio las estadísticas indican que - existe una posibilidad de 7 a 10 por 100 de que el dentista contraiga la enfermedad de esta forma.

La Ictericia.-

Es un síntoma causado por el exeso de pigmentos biliares, en

La sangre.

Si el paciente es sospechoso de esta enfermedad debe ser examinado por su médico antes de someterse a un tratamiento dental.

Las enfermedades hepáticas son de suma importancia para el dentista ya que aquellas que van acompañadas por ictericia grave puede presentarse ya sea una hemorragia abundante después de procedimientos quirúrgicos. En estos casos también es indispensable la consulta de un médico competente.

Artritis.-

Si afecta la articulación temporomandibular. La limitación de las excursión mandibulares puede afectar adversamente el tratamiento dental. Puede quedar incapacitado para abrir lo suficiente para la realización de los procedimientos dentales.

Reumatismo articular agudo.-

Las articulaciones hinchadas y dolorosas deben diferenciarse del padecimiento que afecta una sola articulación, esta relacionado frecuentemente con algun traumatismo.

La presencia de hinchazón y el dolor en varias articulaciones puede ser debido, artritis generalizada, bien puede estar la articulación temporomandibular.

Úlcera gástrica.-

El Banthine, medicamento empleado con frecuencia para el tratamiento de úlseras, puede causar sequedad general en la boca.

Padecimientos de los riñones.-

Consultar al médico de el paciente para poder planear el tratamiento si son necesarios los antibióticos, deben administrarse antes de el tratamiento dental.

Tuberculosis.-

Debe existir revisiones semianuales. Cuando no hay indicios de esta vigilancia, el dentista está autorizado a posponer el tratamiento hasta comprobar, mediante radiografías y pruebas de laboratorio que la enfermedad se encuentra en periodo inactivo.

Tos persistente o tos con sangre.-

Si es afirmativo el dentista debe insistir al paciente a solicitar atención médica competente antes de iniciar el tratamiento dental. En el fumador, la tos puede deberse a irritaciones, aunque también puede indicar la presencia de un proceso maligno, efisema, tuberculosis. La tos también se presenta en algunos pacientes con trastornos cardiacos.

Presión baja.-

La hipotensión sólo debe preocupar al dentista cuando afecta las actividades físicas del paciente. Aquí también es importante -- solicitar la consulta del médico del paciente.

Enfermedades Venereas.-

Los antecedentes de estas enfermedades se descubren más fácilmente con el cuestionario mediante el interrogatorio se descubren. La existencia de artritis gonocócica de la articulación temporomandibular o la presencia de lesiones de sífilis secundaria (placas mucosas) o terciaria (goma) en la boca, una historia de enfermedad venérea trae a colación la posibilidad de reinfección, aunque la enfermedad haya sido tratada antes.

Desde el punto de vista del dentista, es importante que el paciente. pueda presentar algún certificado que confirme que se encuentra libre de enfermedades venereas. Sin datos fidedignos y exactos -- el dentista no sólo pone en peligro su propia salud, sino también la de otros pacientes que trate en su despacho.

Sangrado de manera anormal después de extracciones, cirugía o -- traumatismos.

Antecedentes hemorrágicos. Una hemorragia excesiva debe de el dentista recopilar una historia más detallada y minuciosa realizar las pruebas de laboratorio apropiadas.

En ocasiones puede presentarse hemorragias aun cuando las pruebas de laboratorio resulten dentro de los límites normales.

Algunas veces se observa hemorragia después de un tratamiento con corticoesteroides o salicilatos.

Cardenal.--

El primer indicio de púrpura, una enfermedad caracterizada por la extravasación de sangre bajo la piel o la mucosas.

Transfusión de sangre,--

Se administran las intervenciones quirúrgicas mayores con el objeto de mantener en equilibrio los líquidos corporales. Sin embargo, antecedentes de transfusiones repetidas puede indicar que el paciente padece un trastorno sanguíneo que sólo mejora con transfusiones frecuentes.

Trastornos de la sangre, como anemia.--

Por lo general, la reducción de la cantidad normal de hemoglobina circulante está relacionada con la anemia. Puede ser causada por la pérdida de sangre, reducción en la producción de eritrocitos o aumento en la destrucción de los mismos. La anemia provocada por una pérdida rápida de sangre suele descubrirse desde su principio. Las anemias crónicas pueden pasar inadvertidas durante más tiempo. Hubo una extirpación de tumor excrescencias, el examen clínico --- debe incluir ganglios linfáticos regionales se tendrá mucho cuidado en los casos donde exista la posibilidad de metástasis recurrentes o ambas, en el sitio primitivo de la lesión una radiación anterior en tumores de la cavidad bucal y áreas circundantes, puede originar problemas durante el tratamiento bucal especialmente cuando el tratamiento de elección sea cirugía dental.

Cuando hubo radiación en la región de cabeza y cuello, con frecuencia observa una reducción drástica de la secreción salival. La secuela de este trastorno clínico progresivo es la xerostomía y la degeneración de dentición debido a una combinación de recesión gingival y caries cervical. Por lo tanto el paciente que ha recibido dosis

Terapéuticas de radiación debe someterse primero a la extracción de todas las piezas dentarias y después a la colocación de dentadura total. La radiación disminuye la vascularidad de los huesos por lo que también disminuye su vitalidad. El hueso que ha sido radiado puede sufrir ostiorradioneórosis después de un traumatismo. Debe evitarse la extracciones dentales en el área de el hueso radiado.

Tomar una ó alguna droga o medicina.-

El plan de tratamiento puede modificarse según la índole de dichos datos, que nos da el médico del paciente.

En los medicamentos tenemos.

Antibióticos o sulfas.-

Los antibióticos son agentes terapéuticos que se administran para el tratamiento de diversos padecimientos infecciosos.

Un tratamiento desde el punto de vista dental, es el de larga duración que se emplea en la endocarditis bacteriana subaguda causada por un ataque o ataques de fiebre reumática.

Continuamente se presentan casos de inhibición temporal de los granulocitos provocada por varios medicamentos, incluyendo a las sulfanamidas. Se recomienda consultar con el médico del paciente.

Anticuaagulantes.-

Nos recomiendan que estos pacientes es preferible reducir la dosis y no suprimir el medicamento, tener una estrecha colaboración con el médico de el paciente.

Los medicamentos para la hipertensión o presión alta

El dentista debe consultar con el médico de el paciente, para que le proporcione los datos pertinentes de el paciente antes de iniciar tratamiento dental.

Cortisona o esteroides.-

El paciente tratado con corticosteroides, ya que existe posibilidad de que los signos de infección pasen inadvertidos aumentando así la disminución de las infecciones. En este caso como en varios otros, el dentista debe comunicarse con el médico de el paciente.

Tranquilizantes.-

Es saber el motivo del uso de estos medicamentos que solo el --- médico del paciente nos puede decir, en este tipo de pacientes -- no es raro observar reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden manifestarse bajo la forma de grandes ampollas sobre los labios lengua y mucosa bucal, acompañadas, a veces por otros síntomas -- como prurito y ardor.

Aspirina.-

Puede provocar varias reacciones indeseables, como, por ejemplo -- urticarias, edema y en algunos casos, hipoprotrombinemia que suele presentarse 16 2 días después de tomar el medicamento y que -- persiste de 5 a 7 días.

Insulina, Tolbutamida.-

Los pacientes sujetos a tratamientos con estos medicamentos para Es importante que el médico nos informe si la diabetes se encuentra controlada.

Digital o medicamentos para enfermedades del corazón.

Debe determinarse el motivo por el que se usan estos fármacos -- Esto solo puede saberse consultando con el médico del paciente

Nitroglicerina.-

Medicamento también para pacientes con insuficiencia cardíaca.

Anestésicos locales.-

Las reacciones adversas a los anestésicos locales, empleados en odontología, son síncope leve o desmayos. Son más tipo ---- psicogénico. También, existen reacciones alérgicas a los anestésicos locales, así la novocaína y xylocaína. Pueden provocar reacciones alérgicas. La sensibilización cruzada a los anestésicos locales explica que una persona sensible a la procaína lo sea también a la butacaína o novocaína.

El dentista debe determinar si una reacción adversa anterior fue de carácter psicogénico o fisiológico, con el objeto de instituir

Un procedimiento adecuado. Las reacciones psicógenas a los -- anestésicos dentales pueden controlarse y aun evitarse mediante el comportamiento tranquilizador del dentista.

La administración de un sedantes de una reacción alérgica real a los anestésicos locales, es importante conocer este hecho ya que es posible evitar una experiencia que trastorne o ponga en peligro la vida de el paciente.

Penicilina.-

Se sabe ya de la capacidad de la penicilina para provocar reacciones alérgicas. Estas pueden variar desde simples eróciones cutáneas hasta choque anafiláctico mortal. La penicilina está contrá indicada cuando existe antecedentes de reacciones adversas, sin importar la severidad de las mismas. Las reacciones alérgicas repetidas a los a los antibióticos, tienden a aumentar la gravedad de la reacción subsecuente. Al saber que un paciente ha presentado reacciones -- alérgicas a los antibióticos se procederá con suma cautela,

Sulfas.-

Es notoria la tendencia de las sulfonamidas para provocar un amplio espectro de reacciones fisiológicas adversas, tanto alérgicas como tóxicas estas sustancias aún se consideran útiles para el tratamiento de infecciones de tracto urinario.

En ocasiones se combinan con antibióticos y se administran para tratar ciertos tipos de infecciones.

Barbitúricos, sedantes y píldoras para dormir.-

Han provocado erupciones cutáneas, aunque en las boca la frecuencia de aparición es sólo de 2 por 100 y hasta menos.

La sensibilidad cruzada generalmente no es problema con los --- Barbitúricos. Hay sensibilidades a un tipo de barbitúricos siendo posible utilizar otro.

El motivo por el que se toma la droga es importante; conociendo -- se puede instituir un tratamiento adecuado.

Yodo.-

Es capaz de provocar erunciones cutáneas en algunas personas. En odontología hay pocos datos que indiquen que el uso tóxico de yodo sea la causa de reacciones alérgicas.

Trastornos relacionados con algún tratamiento dental anterior. esto nos da datos importantes para planear el tratamiento dental las respuestas pueden indicar que existe una tendencia a hemorragias excesivas después de extracciones, reacciones atípicas a los anestésicos locales, reacción a las torundas de algodón sensibilidad al mercurio y a sus derivados o cualquier otra reacción adversa.

Dolor en algún diente.-

Debe investigar el sitio, la duración, intensidad y tipo del dolor además debe intentar determinar las causas mediante el interrogatorio ¿El dolor es constante? ¿que es lo que le provoca el dolor ?

¿se debe al calor, frío, presión o duele sin motivo?

La sensibilidad al frío puede deberse a una restauración recién colocada, y también puede indicar una hiperemia pulpar, con la posibilidad de que el proceso sea reversible. El dolor al calor suele indicar proceso pulpar irreversible. La sensibilidad a la presión casi siempre indica que esta afectada la membrana periodontal debido a traumatismos o inflamación-periapical, relacionada con una pulpa desvitalizada.

Acumulación de los alimentos entre los dientes.-

Puede indicar la existencia de caries, puntos de contacto interdentarios abiertos, pérdidas de tejidos interseptal o formación de bolsas periodontales y debe el dentista realizar una minuciosa historia dental de el paciente.

Si le sangra la encía se presenta espontáneamente, es necesario profundizar en la historia médica del paciente con el objeto de determinar si existe una sangüinia completa.

Algunas personas creen que es normal que las encías sangren al cepillar los dientes: Esta creencia puede haber sido propagada por algunos dentistas quienes han ignorado que el sangrado principal después del cepillado puede ser síntoma de enfermedad periodontal incipiente. Normalmente, las encías no sangran al efectuarse el cepillado ni al realizar cualquiera de las maniobras encaminadas al mantenimiento de la higiene bucal.

Rechinamiento de los dientes.-

Es más común durante la noche, la causa de el traumatismo oclusal e indica la necesidad de que se realice una investigación minuciosa de los antecedentes del paciente, tanto fisiológicos. Se ha investigado ampliamente este trastorno, no se han presentado aún datos concretos que resuelvan el problema de el bruxismo.

Dolor en los oídos o cerca de ellos.-

Un dolor en la articulación se atribuye a trastornos de oído.

Así pues, algunos pacientes son enviados al dentista por el médico otólogo para que este revise los dientes y sus estructuras de soporte y determine si éstos tejidos son causantes de dolor en el oído. Un estudio minucioso de el área permite al dentista formular un diagnóstico adecuado.

Alguna vez le han practicado tratamiento periodontal? (para la piorrea).-

¿Que se realizó? ¿Cuándo tiempo duraron los tratamientos?.

También es posible que el paciente tenga en su poder radiografías anteriores, que nos permitan el efecto que tuvo el tratamiento.

LLaga, o tumor en la boca.-

Es de suma importancia conocer el tamaño, posición y frecuencia de estas lesiones. Las lesiones de origen erpético causan considerables molestias y tienden a recurrir. Generalmente, el tratamiento local de estas lesiones es únicamente paliativo.

Dolor de Cabeza.-

El dolor de cabeza es un estado de tensión. Generalmente de localización frontal. La cefalalgia histamínica y la migraña - suelen ser muy intensas. La hipertensión puede causar fuertes dolores de cabeza de tipo recurrente que por lo común se localizan en la región occipital puede estar relacionado con trastornos en la articulación temporo mandibular, Un dolor de cabeza unilateral en la región temporal, con espasmos en los músculos masticatorios.

Trastornos Oculares.-

Las molestias más frecuentes, consiste en la necesidad de usar gafas. El glaucoma es de suma importancia para el dentista, ya que los antisialogogos están contraindicados en pacientes con glaucoma porque tienden a elevar aun más la presión intraocular que ya constituye un problema en este padecimiento. En ocasiones, los oftalmólogos mandan a sus pacientes al dentista para determinar si existe un foco de infección relacionado con algún diente y sus estructuras soportes que pudiera ser la causa de un estado inflamatorio del ojo. Suelen no haber relación entre estas dos coincidencias. Sin embargo, en un examen minucioso, es necesario investigar esta posibilidad.

Padecimientos de los senos.-

Una historia de sinusitis aguda puede ser importante, ya que es posible que se presente odontalgia en dientes cuyas raíces estén íntimamente relacionadas con el seno maxilar. Estos dientes cuando están adyacentes a un seno infectado, pueden tornarse sensibles a la presión masticatoria. Además el dolor en esta región aumenta cuando el paciente se inclina hacia adelante y hacia abajo. Por lo general. Las molestias crónicas de los senos no afectan a los dientes adyacentes, ni los dientes contribuyen a los trastornos crónicos de los senos maxilares.

Epistaxis.-

La causa más común es el traumatismo frecuente de la mucosa nasal.

Entre las causas generales de epistaxis se encuentra la hipertensión y las discrasias sanguíneas. Una causa remota puede ser un tumor nasofaríngeo. Debe investigarse cuidadosamente cualquier hemorragia nasal en un adulto con el objeto de determinar su etiología.

¿Esta usted embarazada?-

En estado de gravídes hay cambios gingivales asociados con el embarazo. Llamados gingivitis del embarazo. También es muy importante la exposición de las pacientes a los rayos X ó procedimientos dolorosos durante el primer trimestre. La mayor parte de los procedimientos dentales no llegan a provocar la tensión necesaria para causar trastornos; sin embargo. El primer trimestre es cuando puede suceder un aborto. Las pacientes embarazadas que han sido expuestas a los rayos X dentales, pueden posteriormente tratar de atribuir una anomalía congénita del producto a tal exposición. El conocimiento del estado de gravídes puede ayudar al dentista a determinar que tipo de tratamiento, y en que momento debe de aplicarse.

¿Tiene usted trastornos en su ciclo menstrual.-

Las manifestaciones bucales son:

- 1.-Hinchazón de la encía marginal.
- 2.-Úlceras aftosas ó Herpes labial.
- 3.-Posible hiperemia en el periodonto o la pulpa
- 4.-Leve aumento de el tiempo de coagulación de la sangre.
- 5.-Hinchazón de las glándulas salivales.
- 6.-Odontología periódontica menstrual.
- 7.-Ronquera, relacionada con la capacidad de fijar agua en los tejidos

TECNICAS DE ANESTESIA

SUPERIOR E INFERIOR

La tecnica de anestesia superior es; Para anestesiar los nervios alveolares superior, superior medio, superior anterior, Incisivos -- centrales, Incisivos laterales.

Alveolar superior.- O postero superior, nervio o nervios que ---- inervan los molares superior, segundo y tercero, las raices ---- distobucal palatina de el primer molar.

El nervio alveolar superior inerva totalmente los dos ultimos -- molares y parcialmente el primer molar.

Tecnica.-U

Un espejo para ver que el sitio esté libre de infección, la boca debe de estar parcialmente cerrada y relajada para permitir la correcta retracción de la mejilla. Se inserta opuesta a la raíz mesial del terser molar en la parte más profunda del surco mucogingival.

Después se pasa la aguja hacia arriba adentro y atras en un angulo 45 al rededor de la curvatura de la cara posterior de la tuberosidad de el maxilar. por ningún motivo se permite que pase más de 2.5 cm. y que sobrepase al nervio y lo que es más importante hay la posibilidad de introducirse en el plexo venoso pterigoideo produciendo la - formación de un hematoma por la misma razón. la aguja debe mantenerse cerca de el hueso a lo largo de su inserción.

Superior medio.-

Se anestesia, el primer y segundo premolar y la raíz mesial del - primer molar.

inerva la raíz mesiobucal del primer molar superior y ambos premolares superiores. Deja el conducto infraorbitario y cursa hacia abajo en la pared anterolateral del antro para llegar a los de los premolares y la raíz mesiobucal del primer molar. Junto con los nervios dentales

Postero superior o asa nerviosa esterna el nervio se bloquea al mismo tiempo que el dental anterosuperior cuando se aplica una inyección infraorbital.

Técnica.-

Pliegue mucobucal encima de el primer molar se localiza con mucho cuidado el hueso en esta área para determinar su contorno a fin de colocar la aguja en el sitio determinado.

La aguja debe entrar hacia arriba se introduce la aguja hasta que lleve un poco más arriba del ápice de la raíz del primer premolar depositando la solución lentamente.

Extracciones o tratamientos quirúrgicos o periodontales se combina con una inyección palatina parcial.

Nervio alveolar.-Supero anterior en ambos caninos anestesia los 6 dientes anteriores unilateralmente sólo los incisivos y caninos corresponden.

Técnica .-

Pliegue mucolabial mesialmente al canino. Se explora el área labial palpando el canino antes de anesteciar la aguja hacia arriba y ligeramente atrás introduciendo la aguja hacia arriba y ligeramente hasta llegar un poco por encima del ápice de la raíz del canino. Entrando la solución anestésica despacio.

Para extracciones quirúrgicas deberá complementarse con una inyección palatina parcial con nasopalatino.

Incisivos centrales superiores.-Sobre uno de los incisivos laterales

Técnica.-

Sitio de la punción pliegue mucolabial por encima del incisivo lateral para realizar la punción palpar la zona y determinar el contorno del hueso antes de introducir la aguja.

La aguja debe de ir hacia arriba y ligeramente hacia atrás se deposita lentamente por encima de la raíz.

Nervio Maxilar Inferior
(mandibular) y sus ramas

El incisivo que se bloquea por una inyección mentoniana, el nervio dental inferior, el nervio lingual, el nervio bucal largo, el nervio mandibular.

Nervio incisivo y mentoniano.--Emerge de su agujero para inervar la mucosa y piel de labio inferior y barbilla y la encía bucal asociada con el primer premolar y los dientes canina e incisivo que también se efectúa por esta inyección.

Este nervio inerva las pulpas al borde alveolar y la membrana - periodontal de los incisivos canino y primer molar se difunde hacia atrás por el conducto dental inferior.

Técnica.--

Se separa la mejilla y se punciona entre ambos premolares en un punto situado y es de 10 mm. por fuera de el plano bucal de la - mandíbula.

La profundidad, Se avanza la aguja hasta que toque el hueso y se deposita aproximadamente 0.5ml. de solución anestésica se espera unos segundos y se manipula la aguja sin extraerla completamente hasta que la punta se siente a caer en el agujero mentoniano se inyecta lentamente otro 0.5ml. de solución anestésica durante esta última fase manténgase al mismo ángulo de 45 para su desplazamiento debajo de el periostio y aumentar las posibilidades de penetración en el agujero mentoniano.

El agujero mentoniano se encuentra casi siempre entre los dos premolares. Nervio dental inferior.--Se obtiene analgesia de los molares --- inferiores

Para lo que se usa esta analgesia es donde se ha de practicar

Técnicas de conservación de premolares interiores canino, e incisivos y no necesita analgesia de la cara lingual de los mismos.

Inyección Lingual.-Este nervio se localiza por delante del nervio alveolar inferior, entre el músculo pteringoideo y la rama ascendente de el maxilar inferior.

Técnica.-

En el muclo periostio al nivel del tercio medio de la raíz del diente que se desea anestesiar sin ejercer presión de la anestesia se coloca lentamente.

Indicaciones.-Como anestesia complementaria en la extracción de los premolares caninos e incisivos de la mandíbula.

La anestesia se produce rápidamente.

Inyección Bucal.-Nervio anestesiado: Buccinador bucal.

La cara vestibular de los molares inferiores está parcialmente inervada por el buccinador (bucal) que se separa de el nervio maxilar poco después de su paso por el agujero oval. Las intervenciones de estos molares obligan a practicar la inyección de el nervio buccinador.

Indicaciones.-Extracciones de molares en la preparación de sus cavidades, cuando estas se extienden por debajo de el margen gingival.

Técnica de punción.-Pliegue mucobucal inmediatamente por detras de el molar que se desea anestesiar.

Dirección de la aguja-Hacia atras y ligeramente hacia abajo la solución se inyecta lentamente.

EXTRACCION INTRAALVEOLAR

El fórceps dental.-Instrumento que se emplea en la extracción dental, el operador sujeta la porción radicular del diente y lo disloca de su alvéolo ejerciendo presión sobre él.

El fórceps dental más simple es el superior recto y ellos, como los otros fórceps, tienen unidos los bocados y el mango mediante una bisagra.

La longitud de el mango debe ser tal que el fórceps se adapte a la mano de el operador.

Cuando el fórceps es aplicado a un diente o a la raíz los bocados son enpujados a lo largo de la membrana periodontal es más facil si los bocados del fórceps son realmente afiliados esto corta - limpiamente las fibras periodontales tambien capacita al cirujano dentista a sentir su trayecto a lo largo de las raíces.

Los bocados de los fórceps de acero inoxidable, pueden ser afilados con un disco de lija aplicados al exterior de las puntas.

Contacto de dos puntos: Es mejor y más útil el fórceps con bocados ligeramente estrechos, que un par con bocados muy amplios .

Los bocados estrechos se describen como finos, y los bocados amplios como gruesos.

Tambien el eje longitudinal de los bocados deben ir paralelo al eje longitudinal de la raíz del diente.

Los fórceps superiores rectos son para incisivos y caninos superiores.

En dientes posteriores superiores, en los labios inferior e incisivos inferiores hay que preveer que los bocados estén correctamente -

colocados. Dos curvas han sido introducidas dentro de los fórceps designados a la extracción de dientes posteriores superiores, en

los labios inferior e incisivos inferiores, hay que preveer que los

Bocados estén correctamente colocados. Dos curvas han sido introducidas dentro de los fórceps Read se aplican los bocados a lo largo del eje del diente.

Los premolares superiores tienen una o dos raíces colocadas, una al lado de la otra.

Los bocados para premolares superiores son "Imágenes en espejo" de cada una y el mismo instrumento puede ser usado para extraer premolares derechos e izquierdos.

Los molares superiores, tienen una raíz alveolar y dos raíces bucales los dos bocados del fórceps utilizados para la extracción son diferentes siendo diseñados el palatino para aprisionar una raíz y el bocado bucal para aprisionar las raíces mesio y disto bucal arriba de la bifurcación.

Un par de fórceps son bocados colocados en ángulo recto con respecto al mango, con bocados finos para extraer incisivos inferiores -- premolares y raíces y los más gruesos para extraer caninos o -- raíces largas.

Los molares inferiores, tienen raíces mesial y distal, los bocados bucal y lingual.

Los fórceps son similares en su diseño y el mismo par de fórceps es para izquierdo y derecho

Los fórceps son para sujetar la raíz o cuerpo radicular de los dientes y no la corona. Cuidado con la elección de los fórceps -- que no toquen la corona cuando las raíces sean sujetas.

El paciente debe de estar comodamente en el sillón con el cabecal ajustado para acomodar la nuca y el cuello y soportar la cabeza ajustar el sillón a la altura apropiada, acomodar un delantal -- a la altura de el cuello del paciente y la inspección del diente que va a ser extraído, los instrumentos requeridos para la operación son seleccionadas dos esterilizados y colocarlos en la bandeja esteril al lado del paciente, pero fuera de su campo de visión. La anestesia, ya sea local o general, es entonces asegurada los --

Fórceps, se toman con la mano derecha de el operador la cual es usada para agarrarlos y controlarlos.

La posición del pulgar abajo de la articulación del fórceps y la posición de mango en la palma proporcionan al operador una presión firme y un control fino sobre el instrumento. El dedo - meñique es colocado dentro de el mango y se utiliza para controlar la apertura de los bocados del fórceps durante su aplicación -- sobre la raíz.

Cuando la raíz es tomada el dedo meñique es colocado fuera de el mango.

La mano izquierda debe usarse correctamente desplazar la lengua carrillo y labios de la zona de extracción, para mejorar el acceso visual y mecánico empujando los tejidos blandos adyacentes fuera del lugar de la herida, la mano izquierda soporta y fija la --- mandíbula durante la remoción de dientes inferiores.

Es importante cuando se trata o se trabaja con paciente bajo ~~una~~ anestesia general porque la presión de la mandíbula interfiere con la permeabilidad de la via aerea.

Bajo la anestesia local, el soporte de la mandíbula disminuye la dislocación de la articulación temporo mandibular.

Los dedos de lamano izquierda sujetan y soportan el alvéolo al rededor de el diente que va a ser extraido y trasmite información al operador durante el procedimiento.

Ellos son usados para comprimir el alveólo despúes de la remoción del diente para eliminar el diente, raíz o restauraciones desalojadas de la boca.

Los bocados de el fórseps al diente. - Son aplicados en la superficie bucal y lingual de la raíz o de cuerpo radicular, con sus ejes mayores paralelos al del diente.

Los bocados son enpujados, a traves de la membrana periodontal, el diente.

Raíz y el hueso alvéolar de recubrimiento hacia el ápice. Se utiliza una presión firme radicular tan lejos como sea posible. En este momento el dedo meñique derecho se utiliza para mantener los bocados en la membrana periodontal, pero cuando la raíz o cuerpo radicular es apresado, este debe colocarse junto a los otros que están fuera del mango del fórceps.

Si cualquiera de las superficies bucal o lingual de diente están destruidos por caries cervical, el bocado apropiado debe ser aplicado primero de el cariado, y el primer movimiento se hace hacia la caries.

El desplazamiento del diente fuera de el alvéolo cuando los bocados han sido forzados lo más abajo posible a lo largo de la superficie radicular se debe tomar firmemente a la raíz con el fórceps y realiza movimientos bucolinguales y linguales.

La presión debe ser firme, suave y controlada y aplicada por el operador moviendo su tronco de la cadera y no moviendo su codo. Los movimientos de su muñeca, de supinación y pronación del antebrazo desempeñan un papel importante; pero menor, durante la extracción con fórceps.

Después de algunos movimientos laterales, el diente se siente móvil y empieza a expulsarse fuera de su alvéolo.

Cuando está movilidad se presenta se libera el diente en poco tiempo con movimientos rotatorios o en "ocho".

Después examinar que diente esta completo se comprime el alvéolo examinando entre el alvéolo, entre el dedo vulgar y el índice izquierdo para reducir la distorsión de los tejidos de soporte tanto duros como blandos esto ayuda a la cicatrización de la herida.

Algunas veces, cuando el diente está flojo, dentro de su alvéolo la encía se encuentra adherida a su margen cervical.

El tejido blando debe cuidadosamente disecado del cuello del diente con tijeras o con bisturí, antes de la remoción de esta - la omisión de este paso resulta en una laceración de los tejidos blandos con exposición del hueso alveolar subyacente.

S. el diente no cede a presión firme, el fórceps debe dejarse para buscar la causa de la dificultad mediante evaluación clínica y radiografía del caso.

Muchas veces la extracción transalveolar será requerida para - completar la extracción.

Rotación de Dientes.--Solo incisivos, central será inferior y el segundo premolar.

Sus raíces son rectas y cónicas y casi siempre permite separarlas de su alvéolo mediante un movimiento rotatorio primero o bucolin- gualmente tener cuidado con el movimiento rotatorio para no producir una fractura espiral del diente, o raíz.

Este accidente deja un fragmento radicular que es difícil de -- remover especialmente cuando este es retenido en la región pre- molar inferior.

Con el uso de los movimientos rotatorios secundario-se evita - la gran distorsión y laceración de la pared bucal y mucosa -- resultante de movimientos laterales excesivos.

Errores comunes en la extracción con fórceps.--Al sujetar la raíz firmemente con los bocados del fórceps durante la extracción es un error común.

Apresamiento sobre la raíz del diente depende de haber mantenido fundamentalmente los brazos de el fórceps.

Resultando una gran pérdida de fuerza y la fractura innecesaria de muchos dientes.

Debe haber movimientos como respuesta a la aplicación de una fuerza moderada.

Intentos más fuertes pueden resultar una fractura y daño a la - estructuras circundantes, lo que retrasara la cicatrización y -- producira dolor posteriormente.

Habra un descanso al paciente mientras el dentista decide utilizar el metodo de extracción transalveolar.

Un error más es sujetar la corona en los bocados del fórceps en lugar de la raíz o cuerpo radicular.

Fractura en la corona especialmente con caries o ampliamente -- restaurada.

La aliniación incorrecta de los bocados del fórceps al eje ---- longitudinal de la raíz, es otro de los fracasos la causa más -- frecuente es el apresuramiento.

La extracción con fórceps es un procedimiento práctico y delicado un buen extractor trabaja con economía de movimientos y no se - deja llevar por la tentación de la prisa si está, ya sea inseguro de su anestesia o muy ocupado.

El tiempo empleado en la aplicación cuidadosa de los bocados del fórceps a la porción radicular de los dientes.

El tiempo empleado en los fórceps a la porción radicular de los dientes nunca es desperdiciado.

Si el fórceps se mueve sobre la raíz, o si el operador se cansa - si está en mala posición siempre es mejor "parar" y revisar la situación. Después de remediar el error subyacente en la técnica o tomar un pequeño descanso, se vuelve aplicar al diente al mismo fórceps o uno más conveniente, y se determina la extracción.

Se debe también determinar la extracción con fórceps en determinar la extracción con fórceps en terminos generales y adaptarse a la extracción de dientes individuales.

Extracción en dientes Superiores.-

Incisivos centrales tienen una raíz conica y ceden en la rotación primaria anteriormente se vio.

Los incisivos laterales, tienen raices delgadas que a menudo están aplanadas en la superficie mesial distal.

Escojer fórceps con bocados finos y sujetar bien arriba de la raíz los caninos, tienen una raíz larga y fuerte, con un corte transversal triangular. Algunos de los fórceps para "caninos" tienen bocados que son muy anchos para permitir correctamente y dar dos puntos de contacto buenos bien arriba de la raíz.

En la mayoría de los casos es mejor disecarlos fuera.

Cuando se esta realizando extracciones multiples, las posibilidades de fractura la tabla externa durante la extracción del canino -- extrayendo esté diente antes de el incisivo lateral y primer premolar ya que la extracción previa de estos dientes debilita la tabla -- externa.

Premolar superior.- Dos raices finas que pueden ser curvas y divergentes.

Fractura fácil durante la extracción. En algunos casos el eje longitudinal de el diente se inclina mesialmente conforme va hacia arriba, estando su ápice más serca del ápice del canino que de el segundo premolar.

Impórtante hacer notar la inclinación del diente, y debe tomarse mucho cuidado al alinear los bocados del fórceps a lo largo del eje longitudinal del diente.

Se dice que se debe jalar hacia afuera pero en la práctica, casi siempre necesita movimientos laterales para liberar el diente - con raíces delgadas y divergentes. Si el movimiento lateral predominante se hace hacia el lado bucal y si presenta fractura radicular la raíz palatina se libera entera, dejando la raíz bucal más accesible, para ser removida por disección.

No debe hacerse ningún intento de aplicar un fórceps a un terser molar superior, semierupcionado ni a raíces de dientes posteriores a menos que la superficie bucal y lingual estén visibles.

Si la presión es aplicada en una dirección ascendente el diente o raíz pueden ser desplazados al seno maxilar.

Dientes Inferiores.- Los incisivos anteriores generalmente se puede facilitar mediante la luxación con un elevador recto.

La raíz del canino inferior es más larga y más fuerte que las de los dientes adyacentes.

El ápice. Por lo general está inclinado distalmente. Debe emplearse un fórceps con bocados gruesos, tener cuidado especial en su aplicación al diente.

Los premolares inferiores.- Tienen raíces adelgazadas y sus ápices pueden estar inclinados distalmente. Las raíces de los premolares inferiores generalmente por huso denso, y si se fractura durante la extracción generalmente debén ser disedadas o seccionadas para poderlas retirar.

Se emplean un par de fórceps con bocados suficientemente finos como para "dar dos puntos de contacto" sobre la raíz los primeros

Movimientos debe ser firmes pero suave, y únicamente los segundos premolares estos movimientos iniciales pueden ser rotatorios. Si se siente resistencia a está "rotación primaria" se debe --- entonces hacer movimientos laterales más clásicos. Si se continua con movimientos de rotación se puede producir una fractura en -- espiral de la raíz dejando un fragmento radicular que es difícil de remover.

Molares Inferiores.-Mejor extraídos con fórceps para molares - pero muchos operadores no utilizan estos fórceps, porque encuentran difícil, llevar los bocados amplios a través de la membrana periodontal. Con cuidado de llevar los bocados por debajo de la membrana - - periodontal para poder sujetar el cuerpo radicular, la corona del - diente será quebrada dentro de fórceps. Para la extracción de dientes muy cariados, muchos cirujanos dentistas prefieren emplear fórceps para restos radiculares aplicados a la raíz sobre la cual está la mayor parte de la corona soluble.

Estos dientes son generalmente luxados por presión bucolingual y - liberados por rotación secundaria.

La extracción de segundos y terceros molares inferiores por medio de la aplicación del mesial de un elevador antes de la aplicación del fórceps.

Los terceros molares inferiores permanentes es tan variable que debe tomarse una radiografía antes de la extracción aun cuando - el diente este erupcionado.

En algunas ocasiones es mejor disécarlo de sus retenciones.

Extracciones de dientes deciduales.-Generalmente es muy sencilla se emplea la tecnica basica.

Los dientes posteriores deciduales en algunas ocasiones son más difíciles de extraer, que sus sucesores permanentes.

Los problemas seran, La boca de el niño pequeño, los premolares en formación están encerrados entre las raices de sus deciduales --

Predecesores y por lo tanto es posible dañarlos cuando estos últimos son extraídos. Los molares deciduales no tienen cuerno radicular y la caries, a menudo invaden las raíces, haciéndolo difícil sujetarlos.

La resorción de las raíces no se presenta ordenada del ápice a la corona.

Generalmente un lado de la raíz se puede resolver haciendo - retención de fragmentos radiculares.

El elevador igual es un instrumento que se utiliza con el principio de palanca o fulcro para forzar el diente o raíz a lo - largo de la línea de extracción.

Un camino a lo largo de el cual el diente o raíz se desplazara fuera de su alvéolo con el mínimo de aplicación de fuerza.

El fulcro utilizado para la elevación de dientes siempre debe ser oseo.

El uso de un diente adyacente como fulcro sólo se permite si el diente se va a extraer en la misma consulta,

Los elevadores pueden ser forzados por abajo de la membrana - periodontal ya mesial, bucal o distalmente al diente que esta - siendo extraído.

El elevador debe sujetarse con los dedos y forjarse por abajo de la membrana periodontal en ángulo de 45 grados con respecto al eje longitudinal de la raíz.

La punta del dedo índice descansa sobre el hueso alveolar y - permite al operador tener un control total sobre el instrumento Punto de aplicación.-O sea el sitio de la raíz sobre el cual - debe aplicarse la fuerza para liberarlo.

Se determina por la línea de extracción del diente o raíz.

Si la raíz es recta o cónica se movera hacia arriba y ligeramente lineal, si se aplica fuerza a su superficie bucal.

Si el ápice de la raíz apunta distalmente, el elevador debe ser aplicado a la superficie mesial de la raíz.

Aplicación mesial, porque la línea de extracción es hacia arriba adelante y fuera de su alvéolo.

Radiografía preoperatoria puede determinar fácilmente la línea de extracción de la raíz o de el diente, el punto de aplicación correcto para un elevador.

Algunos dientes y las formas de algunas raíces son similares - por eso es que dentistas con experiencia no necesitan radiografía. Algunos dientes se resisten a la elevación cuando se les aplica una fuerza moderada, el instrumento debe dejarse a un lado y buscar la causa de la dificultad.

Los más común de elevar de su alvéolo son los segundos y terceros molares inferiores. Los ápices de muchos de estos dientes estan inclinados hacia distal, estando indicada la aplicación mesial aunque en ocasiones el patrón radicular será desfavorable para dicha elevación o algunos dientes radiculares las gras de retiro

de las raíces pueden ser antagonistas entonces la aplicación mesial no se debe hacer.

Sera dirigir las raíces a lo largo de un canino por medio de la aplicación bucal del fórceps o sacando el diente con fórceps - esto tendra éxito si el hueso alvéolar es suficiente elástico y el patrón radicular es favorable si no da resultado debe ser por extracción transalvéolar.

En el primer molar inferior para intentar luxarlo con el elevador no debe ser aplicado mesialmente.

Segundo premolar inferior tiene que ser dislocada de su alvéolo tiene raíz conica, mediante la fuerza transmitida a través del

del tabique interdentario, entre los dientes.

Tercer molar inferior una fuerza mesial esta contraindicada a menos que el operador esté seguro que no existe hueso distal. Dientes con raíz fusionadas es necesario proporcionar un punto de aplicación bucal para un elevador.

Se hace una muesca con una fresa dentro de la superficie bucal de la raíz a 45 grados al eje longitudinal de la raíz.

Después de la extracción el alvéolo debe ser comprimido para reducir cualquier distorsión de los tejidos de soporte.

Se puede enjuagar con agua tibia y después morder fuertemente sobre una gasa asta que se presente un coágulo sanguíneo firme dentro de el alvéolo.

El dentista debe asegurarse que el período postoperatorio del paciente sea lo más indoloro y tranquilo posible.

Un analgesico adecuado se puede prescribir.

Cuándo se piensa que el dolor puede ser intenso se da algo más fuerte.

Se le pide al paciente que evite los enjuages bucales vigorosos en ejercicio violento, estimulantes o comidas, bebidas muy calientes por el resto del día para minimizar el riesgo de hemorragia -- después de la extracción.

En los siguientes 2 o 3 días la solución se prepara disolviendo 1/2 cucharaditas de sal en un vaso con agua caliente, pero no hirviendo principalmente después de las comidas y antes de ir a la cama.

TRANSALVEOLAR

La extracción comprende la disección del diente o raíz de sus inserciones óseas. A menudo es llamado al método "abierto" o quirúrgico su nombre más adecuado es extracción transalveolar y se debe emplear cuando alguna de estas indicaciones esta -- presente.

- 1.-Cualquier diente que resista a los intentos de extracción -- intraalveolar cuando se emplea una fuerza moderada.
- 2.-Raíces retenidas que no pueden ser sujetadas con el fórceps o liberadas con un elevador, especialmente aquellas en relación con el seno maxilar.
- 3.-Antecedentes de extracciones difíciles o de intentos de -- extracción
- 4.-Cualquier diente con restauraciones amplias, especialmente con endodoncia o sin pulpa.
- 5.-Dientes con Hipercementosis o anquilosados.
- 6.-Dientes geminados o dilacerados.
- 7.-Dientes que demuestran radiográficamente tener formas radiculares y raíces con líneas desfavorables o conflictivas en las -- guías de extracción.
- 8.-Cuándo se desee colocar una dentadura, ya sea inmediata o poco después de la extracción.

El método facilita cualquier recorte juicioso que se requiera con el hueso alveolar para permitir la inserción de la prótesis. Cuando se decide emplear el método transalveolar se debe pensar en el tipo de anestesia que se va a emplear y el plan de tratamiento para sobrellevar las dificultades y evitar o tratar las posibles complicaciones que pueden presentarse.

Pensar en el diseño de el colgajo mucoperiostico.--Son levantados para proveer un campo operatorio visiblemente claro y accesible y su diseño debe ser tal que permita una visión y accesos mecánicos adecuados, la base de dicho colgajo debé ser más amplio que su -- borde libre tener un riego sanguíneo completo.

La cicatrización de primera intención no ocurre si las líneas de sutura son colocadas sobre el cuagulo sanguíneo, el cual es el - medio de cultivo perfecto para los microorganismos que provean las lisis de las heridas.

Los intentos para promover la cicatrización debe ser mediante la aproximación certera de los tejidos blandos sin tención despés de realizada la operación y diseñada las incisiones de tal manera que las líneas de sutura sean sostenidas por hueso.

Incisión.--Se debe realizar con una presión firme y un bisturí filiso, atravesando las capas de mucosa y periostio de la enfa hasta llegar al hueso. El bisturí debe emplearse como pluma y no como cuchillo, los tejidos blandos deben ser cortados en ángulos rectos a la superficie del hueso subyacente. Las incisiones de longitud adecuada deben hacerse en una sola intención ya que las extensiones y "segundos cortes" generalmente dejan los márgenes de los colgajos irregulares y retrasan la cicatrización. Cuando el margen gingival está involucrado en el colgajo con un elevador de periostio.

A veces es necesario recortar el mucoperiostio del diente adyacente que no se va a extraer o sea de el segundo molar -- superior durante la extracción de terceros molares semierupcionados. Las incisiones son regulares y los tejidos son reempazados --- adecuadamente la profundidad de la bolsa gingival del diente no extraído será clínicamente inalterada cuando cicatrice.

El colgajo mucoperiostico se levanta del hueso insertado la - punta filosa del elevador del periostio debajo de la orilla --

Filoso es más rápida y limpia que la remoción con una fresa, la cual, sin embargo, es más adecuada que la extracción del hueso denso mandibular bajo anestesia local.

La mayoría de los cirujanos dentistas manejan más frecuentemente y eficientemente la fresa que el cincel los osteótomos son instrumentos valiosos para recordar los bordes óseos después de la extracción del diente o de la raíz.

La cortical vestibular luego de ser removida con cincel.

Exepto, cuando el hueso está esclerosado o la raíz se encuentra por debajo de el margen de el alvéolo óseo.

Donde se recurrira perfectamente al empleo de la fresa.

La extirpación del hueso con la fresas redondas o de bola cortan con más eficiencia, no se atascan tan fácilmente y son más fáciles de controlar que las fresas de fisura plana, siendo estas últimas más útiles para remover hueso al rededor de la membrana periodontal ya que no cortan dentro de la sustancia dentaria tan facilmente las fresas quirúrgicas de Ash (para taller) son buenas para cortar el hueso mandibular más denso de una manera rapida y eficiente. El colgajo mucoperiostico deberá retraerse de el lugar donde se va a utilizar la fresa con un retractor plano, los colgajos deben retraerse para evitar un "accidente" como el de la fresa se -- entierre en los tejidos blandos no debe haber el sobrecalentamiento de la fresa durante la remoción del hueso y para prevenir esto se debe emplear lavados constantes y frecuentes de solución salina y evitar el atascamiento de la fresa.

El hueso se estirpa por medio de una fresa redonda número 8 ó 10 fisura plana o bien el método de estampilla postal, la tecnica -- consiste en hacer una hilera de pequeños agujeros con una fresa pequeña (ejemplo fresa #3) y unirlos ya sea con fresa o cortes -- con cincel cuando se cortan las raíces de premolares inferiores la remoción de hueso deberá ser máxima mesialmente al primer -- premolar y distal al segundo premolar. Este procedimiento minimiza

Anterior del colgajo a unos cuantos milímetros del margen gingival. El hueso compacto será expuesto si la incisión se ha llevado a cabo a través de ambas capas de la encía. Si la incisión no es suficientemente profunda, el colgajo no podrá ser elevado y el hueso estará cubierto por astillas de periostio fibroso, el cual deberá ser dividido con el bisturí antes de realizar otros intentos para levantar al colgajo. Si la incisión tiene una profundidad inadecuada, las capas de mucosa y periostio del mucoperiostio serán separadas cuando se realiza la elevación del colgajo haciendo imposible la reposición adecuada de los tejidos blandos al terminar la operación y retrasando consecuentemente la cicatrización.

Las ventajas en colgajos grandes.- Buena práctica crear colgajos grandes en el plano horizontal en lugar de pequeños colgajos.

Un colgajo que es largo en su dimensión anteroposterior proporciona visión y acceso mecánico adecuado sin necesidad de estirar o jalar los tejidos.

La cicatrización por primera intención es lograda por el colgajo teniendo buena vascularización no cae dentro de los defectos óseos creados durante la operación y las líneas de sutura yacen sobre una base de hueso firme y no sobre el coágulo.

Desventajas.- En la sobreextensión del colgajo en dirección vertical si el colgajo se extiende a la reflexión de la membrana mucosa la inserción alveolar del músculo buccinador es desinjetada del hueso y se produce un pequeño hematoma.

Esto produce un aumento en la inchazón extrabucal postoperatoria y una reorganización del coágulo sanguíneo con una fibrosis resultante puede tener por consecuencia una pérdida de la profundidad del fondo del saco vestibular.

Los nervios y vasos que pasan por el agujero mentoniano pueden ser dañados durante la elevación de los colgajos mucoperiostícos en la región premolar mandibular especialmente si la disección

Del tejido blando se extiende abajo del nivel de reflexión de la membrana mucosa.

Las complicaciones pueden ser por fibrosis que resultan de una inflamación crónica o una cicatriz debido a dentaduras mal --- ajustadas. A menudo, es más difícil levantar un colgajo en una zona edéntula que es una zona que tiene dientes.

Esto es particularmente cierto cuando el mucoperiostio edéntulo es muy grueso, delgado o atrofiado, como en el período postmenopáusicos. Si se perfora el colgajo durante su elevación se perjudicaría la circulación sanguínea del tejido distal al "agujero en ojal" cualquier colgajo que atraviesan.

Algunas veces es posible incorporar el seno dentro de la línea de incisión para evitar que el ojal sea perforado por el seno y así eliminar el tejido con inflamación crónica.

Remoción Osea.-El hueso alvéolar es expuesto cuando se levanta el colgajo mucoperiostico, y en la mayoría de los casos será -- será necesario eliminar parte de ese hueso. No debe ser sacrificado. necesariamente y su eliminación debe ser limitada a lo que se -- requiere para lograr ciertos objetivos.

El hueso debe ser iniciado para exponer cualquiera de estos -- últimos y proveer un punto para la aplicación del fórceps o -- elevador y que haya espacio para el diente o raíz y pueda ser desplazado. Después de liberar el diente deben de remover todas las orillas filosas y proyecciones óseas.

Algunas veces será mayor excisión de hueso ya sea para reducir el tamaño del coágulo mediante la disminución del tamaño del -- alveolo o bien para eliminar algún obstáculo para el éxito de la prótesis postoperatoria.

El hueso generalmente eliminado con una fresa dental o por medio del uso de un cincel, cubia, o martillo con presión manual.

Por lo general la remoción de el hueso hecho correctamente con un cincel.

El riesgo de daños de los nervios y vasos que atraviesen el foramen mentoniano.

La luxación del diente o raíz de su alveolo debe ser realizada mediante el empleo de fórceps o la aplicación vestibular de un elevador, retirará el diente si es que el hueso alveolar cede y es suficientemente elástico y las raíces no están muy extendidas. Si estas medidas no son eficaces se seccionara la masa radicular y retirar cada raíz por separado siguiendo su via de retirada esto con fresa quirúrgica de Ash o fresa estándar.

Esta técnica permite que el corte se realice adecuadamente y crea un espacio entre las raíces separadas, lo que ayuda a su remoción. Antes de esto, el operador debe proveer puntos de aplicación para facilitar la eliminación de las raíces completamente sumergidas en hueso.

Se divide la masa radicular de un molar inferior se debe exponer la bifurcación y separar las raíces de abajo hacia arriba con una fresa el operador sabe cuando las raíces estan completamente divididas, mientras es difícil estar seguro si corta hacia abajo hacia la bifurcación, las raíces separadas son liberadas con elevadores pequeños utilizando los puntos de aplicación determinados por sus líneas individuales de extracción.

El seccionar un diente con fresa toma su tiempo por lo que el cirujano bucal con experiencia puede preferir el uso de un osteótomo o cincel.

El estudiante piensa que es facil pero no como parece a primera vista.

Cuando se esta aplicando una fuerza en vestibular es necesario encajar el elevador en una muesca lateral a la masa radicular, en molares inferiores muchas veces es suficiente la bifurcación pero cuando no hay muesca natural en la raíz ésta debe ser creada con una fresa redonda a un angulo de 45 grados con respecto al eje longitudinal vertical de la raíz.

No es necesaria una fuerza excesiva si las indicaciones son seguidas.

El alvéolo.-Las prominencias óseas no deseadas deben ser --
removidas ya sea con osteótomos, cincelos o fresas, los bordes --
agudos pueden ser suavizados con líneas de hueso o fresa "vulcanite"
simples o de corte cruzado.

La remoción juiciosa del hueso va a acelerar la cicatrización
por la disminución de la cantidad de hueso va a acelerar la --
cicatrización por la disminución de la cantidad de hueso por --
resolverse y remodelarse y el volumen de coágulo sanguíneo que
llena el alvéolo.

La herida debe ser irrigada con la solución salina tibia y todos
los restos y el tejido granulomatoso infectado deben ser elimi-
nados ya sea mediante el alisador de Mitchell.

HEMORRAGIAS EN LAS

EXTRACCIONES

Pasa cuando a faltado hacer un buen estudio o en pacientes patológicos.

En los pacientes normales las hemorragias ocurren durante el acto operatorio, horas después y aún días después.

Se debe a mala técnica quirúrgica o lesión vascular.

Cuando la hemorragia se presenta, si fuera capilar se intentará primeramente la compresión manual o bajo presión masticatoria mediante gasa embebida en suero fisiológico tibio, manteniéndolo por encima del tiempo de coagulación.

Si esto no resulta positivo se procedera al taponamiento opresivo cavitario, utilizando gasa iodoformada se le puede agregar - - vasoconstrictores o substancias tromboplásticas.

La gasa estara en el alveolo y se retirará paulatinamente a partir de las 48 horas.

También se puede recurrir a la sutura de los bordes mucosos del alveolo luego de la reducción. En esas condiciones la compresión de la sangre acumulada dentro de el alveolo concluye por aplastar el vaso favoreciendo la cuagulación.

En las hemorragias vasculares se debe intentar previamente la presión del vaso contra el lecho óseo, golpeando el punto sangrante con un instrumento romo.

Si el vaso sangrante pertenece a los tejidos blandos se puede acudir a las pizas hemostaticas, la ligadura vascular o a la electrocuagulación.

Por movilización del cuáguulo.

Acude el paciente con un cuáguulo enorme, que desborde el alveolo y aún cuelga fuera de él. El examen demuestra que la hemorragia persiste. El interrogatorio revela que el enfermo a realizado - (colutorios) violentos, con agua oxigenada, comidas demasiado - abundantes, esfuerzos físicos; traumatismos del cuáguulo mediante succión con sus dedos.

De este modo el cuáguulo se ve como un tapón deslocado, obturando incorrectamente el alvéolo. Se temovera el cuáguulo mediante -- lavados a presión de suero fisiológico o agua bidestilada, una -- que otra vez con gasa embebida en agua oxigenada y otra en curita. Se formara un nuevo cuáguulo que cohibirá definitivamente la he - hemorragia.

Más frecuentemente se deben a infección del cuáguulo, que sera -- removido según se ha dicho.

También se hara una terapia antibiótica local espolvoreando en el alveolo comprimiendo para prevenir la infección.

A

ALVEOLITIS:

Su etiología.-Estado general predisponente, un factor desencadenante local.

Un traumatismo cuando la extracción difícil o accidentada se hacen maniobras que traumatizan el margen gingival o tablas -- alveolares y el curetaje mal hecho, empleo indiscriminado de -- de anestesia y siempre que haya estado general predisponente. También la falta de reducción post-extracción de las tablas -- alveolar algunas veces la presencia de esquirlas óseas, dentarias o de tartaro dentro de la cavidad alveolar, que pueden provocar -- aparición de tejido de granulación de aspecto arrepollo en el margen gingival.

También otras causas pueden ser infecciosas de vecindad lesiones periapicales, sepsis bucal, gingivitis crónica, omisión o falta de cuidados postoperatorios.

Los síntomas son.-Dolor intenso continuo e irradiado. Al inspeccionar permite observar un alveolo vacío de paredes grises o parcialmente ocupado por una magna gris y mal oliente.

Si el alveolo se encuentra vacío es, un alveólitis seca, secuela de un alveolo seco.

Pronóstico.-Puede evolucionar hacia manifestaciones más serias -- como la superación, la adenitis, el flemón.

TRATAMIENTO PREVENTIVO.

Si esto ocurre habitualmente se administra vacunas antipiógenas polivalentes o de gama globulina, previamente al acto quirúrgico. En cuanto al tratamiento local, al efectuar la exodoncia controlaremos lo siguiente: Correcta higiene bucal antes y después de el acto quirúrgico, al efectuar la exodoncia adecuada antiséptica de la zona a intervenir.

Presisa dosificación anestésica correcta tractrectomía previa. Adecuada sindemostomía.

Tomar cuidados en la elección de la técnica de exodoncia y --
seguirla la eliminación de los procesos apicales o marginales
que pudieran existir sin exagerar nuestras maniobras para --
impedir la infección de corticales sanas.

Atenta inspección y detención de la cavidad operatoria y correcta
reducción de la tabla alveolar.

Tratamiento curativo.--

Primero.--Se lava a presión con suero fisiológico tibio.

Segundo.--Con una gasa de agua oxigenada con esto se procede a la
asepsia del alveólo.

Si esto no consigue dejar completamente limpio el alveólo se --
procedera a eliminarle con la cureta, sin lesionar las paredes --
alveolares para respetar las paredes, las defensas orgánicas.

Se rellena la cavidad alveolar con un cemento quirúrgico su --

nombre comercial es Wonder Pack, alvegyl de la casa Septo-Dont

En 48 Hrs. Se retirara poco a poco y se formara tejido de ganu--
lación y consecuentemente, estableciendose la cicatrización ---
alveolar.

Si se forma un cuagulo normal se puede conservar para una pronta
cicatrización.

Como tratamiento general curativo.

Se da la terapéutica local estará indicado el aporte de anticuerpos
preformados inespecíficos para aumentar las defensas del enfermo.

A N T I B I O T I C O S

PENICILINAS.-

Descubrimiento en el año de 1928 por Sir Alexander Fleming -- Estos cultivos los publico en el año de 1929 se abandono la investigación por considerarla a la penicilina una substancia sumamente inestable.

Diez años después por Florey y colaboradores en Oxford 1939 se le llamaba penicilina cruda y la unica manera de determinar con exactitud su actividad fue por medio de unidades.

Después de muchos años de trabajo se vio que una unidad internacional corresponde a 0,6 microgramos o bien a un mcg. 1.6 - microgramos unidades internacionales en las primeras etapas de la producción en gran escala fueron obtenidas 4 penicilinas -- diferentes conocidas "F" "G" "X" "K" de esta penicilina "G" -- o bencil penicilina fue la que mostro propiedades más útiles.

Actividades Antibacterianas.

Al principio se consideraron a las bacterias muestras diversas grados de sensibilidad a la penicilina y varias infecciones -- causadas por bacterias moderadamente a este antibiótico pueden ser tratados con exito empleando dosis elevadas.

Los gonococos son moderadamente resistentes.

La bencil penicilina se considera un antibiótico de aspecto -- reducido tiene acción bactericida sobre todas las cepas - - - susceptibles.

Toxicidad.- es practicamente atóxico.LA dosis muy elevada puede causar problemas debido en parte a los cationes (Na,K) de - su formula.

Hipersensibilidad.-

Este es debido a su acción alérgica puede accionar desde leves reacciones hasta choque anafilactico fatal.

Penicilina de acción prolongada.

Se elevan compuestos menos solubles,tales como penicilina y ~~pro~~ procaina en proporción equimolecular.

Los niveles hemáticos aun después de 24 hrs. aún existen cantidades detectables en el organismo después de una dosis de - - penicilina procaina.Compuestos menos solubles son la penicilina benetamínica y la penicilina bencetacínica que después de una - dosis única proporciona bajas concentraciones hemáticas pero - - sostenidas por cuatro días y varias semanas respectivamente. La combinación de penicilina sódica y potásica cristalina - - penicilina.

Procaina benetamínica permite una acción inmediata y prolongada varias semanas dependiendo de la penicilina de acción sostenida que se utice.

Penicilina V.

Se obtiene agregando un precursor al medio cultivo,el ácido - fenoxiacético,esta penicilina tiene la ventaja de no ser destruida en el estómago y se puede administrar con seguridad por via oral a intervalos de 4 hrs.su actividad frente al estafilococo su - resistencia es mayor que el de la penicilina "G" ya que se destruye más lentamente por acción de la penicilina que esta última. Pero es poco menos activa frente al gonococo y los estreptococos Esta penicilina la manejan en unidades internacionales y en -- miligramos y la correspondencia es de 125 mg.equivalente a 200 mil U.I.o bien 1 U.I.-0.6 mcg.

Penicilinas Semisintéticas.-

Decimos que el núcleo de la penicilina es el ácido 6 amino- - penicilánico y no presenta actividad antimicrobiana.

Este núcleo es el punto de partida para la obtención de penicilina semisintética este núcleo se detecta en, los productos de fermentación del *penicillium chrysogenum*, por la discrepancia existente entre los estudios químicos y microbiológicos.

El ácido 6 amino penicilánico se forma en mayor cantidad cuando se fermenta. Penicilina sin adicionar "precursor" al medio de cultivo. Al núcleo de la penicilina se agregan diferentes cadenas laterales para así obtener diversas penicilinas semisintéticas - Estas penicilinas semisintéticas pueden presentarlas mismas características que se encuentran en las penicilinas naturales por ejemplo, estabilidad frente a la penicilinasa, amplio espectro y actividad contra la *pseudomona*.

A M P I C I L I N A

La ampicilina es una penicilina semisintética de amplio espectro con acción bactericida y prácticamente atóxica, químicamente -- es la D-Alfa amino bencil-penicilina.

La actividad de la ampicilina frente a las bacterias gram-positivas es ligeramente inferior a la actividad de la penicilina "G" pero supera a esta última en eficacia contra el estreptococcus faecalis (enterococo). Tanto la penicilina como la ampicilina son inactivas contra el estreptococo producto de la penicilinasasa, porque ambas son inestables frente a la penicilinasasa.

La ampicilina es un antibiótico con acción bactericida sobre -- todas las cepas susceptibles. Su mecanismo antibacteriano es exactamente igual al de la penicilina "G" sobre la pared celular. recupera sólo el 30 % del antibiótico en la orina, en cambio -- cuando se administra la misma cantidad por vía endovenosa o -- o intramuscular se recupera en la orina del 6) al 80 % de la dosis administrada.

La ampicilina a través de los tejidos, alcanza el líquido amniótico de los fetos y atraviesa las meninges en pequeñas cantidades -- cantidades, cuando existe meningitis se logran altas concentraciones del antibiótico en el líquido cefalorraquídeo.

La ampicilina presenta alergia cruzada completa con las demás penicilinas, es decir, si una persona es alérgica a una penicilina natural también lo será a una ampicilina. Además la ampicilina -- produce otro tipo de sensibilización, muy probablemente por la -- formación de polímeros de ampicilina. Este tipo de reacción se -- observa en el 9.5 % de los pacientes que reciben ordinarias de ampicilina en el 20 % de los pacientes que reciben dosis elevadas (6 gramos diarios)

El RASH a la ampicilina es de tipo eritematoso (sensibilización) (a los polímeros) y de tipo eritematoso, de tipo urticaral o popular en la reacción alérgica clásica de las penicilinas.

Por su amplitud aspecto; la ampicilina está indicada en infecciones de la piel y los tejidos blandos, infecciones intestinales. infecciones de vías urinarias, meningitis por gérmenes susceptibles. Además es un valioso sustituto del cloranfenicol en muchas - - salmonelosis.

E P I C I L I N A

Ligeramente modificación de la ampicilina. La modificación - - consiste en la introducción de dos hidrógenos al anillo bencénico de la ampicilina. Por lo que numéricamente pueden llamárseles dihidro-ampicilinas.

La epicilina tiene el mismo espectro y las mismas características que la ampicilina.

C A R B E N C I L I N A

Penicilina biosintética con actividad sobresaliente contra -- pseudomonas. También tienen acción frente a proteus y E. Coli. Sin embargo, como la pseudomona fácilmente desarrolla resistencia a los antibióticos, la carbencilina se administra simultáneamente con un aminoglucósido que presenta también acción contra pseudomona. Hetacilina.-

Es otra penicilina semisintética, de aspecto igual a la penicilina pero su mayor duración en el organismo permite su administración hasta cada doce horas.

Amoxilina.-

Beecham ha investigado recientemente este antibiótico derivado de la ampicilina, está en el mercado con el nombre de "Amoxil" químicamente es D-parahidroxi-aminobencil-penicilina.

Sólo se diferencia de la ampicilina proporcionando niveles hemáticos del doble de los obtenidos con ésta.

Isoxazolil Penicilinas.-

Penicilinas semisintéticas son muy estables frente a la penicilina y frente a la betalactamasa de los bacilos gram-negativos. Son efectivos contra bacterias gram positivas principalmente contra estafilococos resistente a otros antibióticos.

Los más importantes de estas penicilinas son la oxacilina, cloraxilina y flucoxacilina. Son estables en ácido clorhídrico del estómago.

Características.-

Pueden administrarse por vía oral o por vía parental.

La oxacilina se absorbe más por vía oral. La cloraxilina se absorbe mejor por vía oral y la dicloxacilina tiene la misma actividad que la cloxacilina.

Aunque la dicloxacilina tiene ventajas en su absorción por vía oral y mayor permanencia en el organismo, su administración I.M. es muy dolorosa.

Las isoxazolil-penicilinas han sido combinadas con las ampicilinas para lograr un antibiótico de amplio espectro que incuya el estafilococo productor de penicilinas y protegen la ampicilina de la acción destructiva de las betalactamasas de algunos bacilos gram-negativos. Cuando se emplean solas las isoxazolil penicilinas son antibióticos específicos para infecciones ocasionadas por el estafilococo.

T E T R A C I C L I N A S

Antibióticos de amplio espectro y de acción bacteriostática. --
Fue lanzada al mercado en un momento propicio, cuando sólo se empleaba la combinación de penicilina y estreptomina para cubrir mayor variedad de bacterias.

La primera tetraciclina fue investigada por Duggar en el año de 1958. El espectro de estos antibióticos es el más amplio de los antimicrobianos actuales. No sólo actúan sobre bacterias gram-positivas y gram-negativas, también abarcan el treponema pallidum y otros treponemas, a las rickettsias y a los agentes del grupo psitacosis linfogranuloma.

La dosificación para adultos es de 1 gr. al día (200 mg. c/6 hrs.) y para niños 25 mg./Kg / día repartido en 4 tomas.

Nuevas tetraciclinas.--

La primera de estas tetraciclinas fue la dimetil-clorotetraciclina. Fue obtenida en 1960 a partir de una mutante del estreptomyces - aurofaciens. En contraste con la aureomicina la dimetil-clorotetraciclina o la ledermicina es muy estable.

Su absorción es mejor que las de las anteriores tetraciclinas y su excreción es mejor que la de las anteriores tetraciclinas por vía renal es más lenta por ligarse más a las proteínas. Con estas tetraciclinas se emplea una dosis menor que con las primeras -- tetraciclinas. Esto se debe a su mayor absorción por vía oral.

Si se administra la misma dosis de las primeras tetraciclinas - causa trastornos gastrointestinales. La dosis para adultos con ledermicina es de 150 mg. c/6 Hrs o bien 300 mg c/12 Hrs.

Debido al problema frecuente de fotosensibilidad que produce - este antibiótico, los pacientes que les reciben deben evitar exponerse a la luz de el sol.

M E T A C I C L I N A

Esta tetraciclina es muy semejante a la dimetil-clortetraciclina y su dosificación es exactamente la misma. Los trastornos -- gastrointestinales son mayores y más frecuentes que las tetraciclina anteriores, químicamente se componen de metil-exotetraciclina y fue investigada por Pfizer en 1962, posteriormente la vendió a Carter Wallece.

DOXICICLINA.-

Una tetraciclina muy similar en su actividad a la metaciclina -- y dimetil-clortetraciclina pero es mejor absorbida por vía oral fue investigada por Pfizer en 1966 y lanzada al mercado con el nombre de vibramicina.

Debido a que su absorción es tres veces mayor que la de las dos tetraciclina anteriores y su excreción es mucho más lenta.

La dosis diaria es de 100 mg. exepcto al primer día de que es -- conveniente duplicar la dosis. La irritación de el aparato digestivo con esta tetraciclina es mayor.

A tal grado que la mayoría de los pacientes que la reciben se -- quejan de ello y muchos enfermos interrumpen el tratamiento -- -- después de la primera toma, por marcada intolerancia de la droga. --

MINOCICLINA.-

Mejor absorbida por vía oral que las anteriores a mostrado mayor actividad que la tetraciclina sobre el estafilococo faecalis -- y E.Coli.

En las restantes enterobacterianas presenta acción similar a las demás tetraciclina. Su nombre comercial es Minocin (Lederle) .a dosis para adultos es de 200 mg. al día (100 mg. c/12 hrs) para lograr mayores niveles inicialmente, se recomienda que la primera toma sea de 200 mg.

Los efectos colaterales más notables son mareos y trastornos de el equilibrio

La acción y su funcionamiento de las tetraciclinas.-

Son su acción más importante de las tetraciclinas es por - - - inhibición de la síntesis protéica. Las tetraciclinas actúan por ribosomas de transferencia impidiendo la ligadura de los aminoácidos para la formación de proteínas.

Otro mecanismo de acción de las tetraciclinas consiste en impedir el aprovechamiento de el magnesio al formar con este, metal de - - quelato.

Finalmente, la tetraciclina inhibe una enzima respiratoria de las bacterias llamadas "Nitrorreductasa Orgánica".

Efectos colaterales y su toxicidad.

Fijación de tejido Dentario.

Es la fijación a los dientes del niño por la administración de este antibiotico en altas dosis a la madre durante el quinto - - mes de embarazo; o bien por la administración al niño después del nacimiento. La fijación de la tetraciclina puede acompañarse - - de hipoplasia dentaria.

LESIONES HEPATICAS.-

Se observan frecuentemente cuando se administran altas, dosis por vía oral o parental. Se han reportado varios casos de ictericia, fiebre azotemia, trastornos electrolíticos y muerte en mujeres - embarazadas que fueron tratadas de pielitis con tetraciclina. Estos problemas son más frecuentes cuando existe insuficiencia renal.

Trastornos Gastrointestinales;

Tiene acción irritante directa de las tetraciclinas sobre la - - mucosa gástrica, se han observado con frecuencia náuseas y vomitos. Muchas veces las diarreas son debidas a superinfección (desarrollo de microorganismos resistentes a la acción del antibiótico).

SINDROME DE FANCONI.--

Es debido principalmente a tetraciclinas mal almacenadas o con vehiculos ácidos que ocasionan modificaciones químicas de estos antibióticos transformandose en epimeros que causan lesión -- renal caracterizada por glucosuria, proteinuria y aminociduria.

CLORAFENICOL.--

El primer antibiótico de amplio espectro descubierto. Fue aislado en forma cristalina en 1948 por dos grupos de investigadores. Es un antibiótico bacteriostático, sintético, pero inicialmente se -- obtuvo del *Streptomyces venezuelae*; su amplio espectro es muy -- parecido al de las tetraciclinas, rickettsias y los agentes del grupo psitacsis linfogranuloma. Su actividad sobre los casos -- gram positivos es inferior al que presenta la penicilina y a las salmonelas y haemophilus.

La forma de la molécula del clorafenicol y su bajo peso molecular le permite gran penetración a través de los tejidos: alcanza en -- el líquido cefalorraquídeo niveles del 50% en ausencia de infla- ción de meninges. Penetra a todas las partes del ojo y difunde -- bien el parénquima renal incluso cuando existe retracción fibrosa de este órgano.

El clorafenicol se inactiva en el hígado, principalmente por -- conjugación glucorónica, a tal grado que sólo el 10% de la dosis administrada se recupera en la orina con la actividad antibiótica. El mecanismo de acción del clorafenicol es inhibiendo la síntesis protéica al actuar sobre el ribosoma de transferencia.

EFFECTOS LATERALES Y TOXICIDAD.--

Superinfecciones (principalmente moniliasis) son los efectos e -- colaterales que se observan más frecuentemente por modificación -- de la flora intestinal. En ocasiones aparecen estomatitis, -- -- -- probablemente por acción directa de el antibiótico sobre el --

Epitelio de la boca o cambios atróficos en la lengua. Las náuseas y vómitos son menos frecuentemente con las tetraciclinas.

APLACIA MEDULAR.-

Se han visto muchos casos de anemia aplásica fatal por la administración de clorafenicol; todo paciente tratado con este antibiótico muestra depresión de la médula ósea que se detecta por reducción en el número de reticulocitos y posteriormente pancitopenias.

SINDROME GRIS.-

La clorafenicol a niños prematuros recién nacidos es sumamente peligrosa por la elevada frecuencia de muertes por "Síndrome Gris" causada por este antibiótico. Este síndrome se inicia después de 2 ó 3 días de concluido el tratamiento y consiste en vómitos, distensión abdominal, hipotermia, coloración grisacea de los tegumentos y colapsos circulatorio que continúa con la muerte en pocas horas.

Quimioterapicos.-

Combinación sulfametoxazol trimetropina (Bactrim-Septin)

Estos antimicrobianos son de amplio espectro y su mecanismo de acción es inhibiendo la acción de ácido nucléico, tanto por la sulfonamida como por el trimetropin.

La sulfanamida interfiere en la formación de ácido fólico, razón por la cual las sulfonamidas no interfieren con procesos metabólicos celulares en el hombre, El trimetropin impide que el ácido fólico se transforme en folínico. para que el ácido folico (dihidrofólico) se convierte en ácido folínico, es indispensable la intervención de una enzima, la dihidrofolatorreductasa. El trimetropin actúa como un falso sustrato, dá tal manera que la enzima queda bloqueado y se suspende la transformación de ácido fólico en ácido folínico y con ellos se inhibe la formación de ácido fólico nucléico. Este fenómeno si es extensivo a las células animales razón por lo cual

Estos quimioterápicos están proscritos en embarazo, prematuros y durante los primeros meses de vida.

A estas limitaciones deben agregarse las reacciones secundarias de las que se han observado con más frecuencia tenemos hematuria cristaluria síndrome de Stevens-Jonson, purpuras, granulocitosis petequias, hepatitis, pancreatitis, urticarias, náuseas y vómitos.

RIFAMPICINA.-

Antibiótico derivado de las rifamicinas S.V. aisladas por Lepetit a partir del *Streptomyces mediterraneo*. Presenta actividad contra el bacilo de la tuberculosis, bacilo gram positivo y algunos negativos y principalmente cuando se encuentra en las vías biliares y en las vías urinarias.

Este estreptococo y los bacilos gram negativos rápidamente desarrollan resistencia a la rifampicina por lo que su empleo debe limitarse al tratamiento de la tuberculosis o combinarlo con otros antimicrobianos para evitar la rápida emergencia de cepas resistentes. Sus efectos colaterales consisten principalmente en náuseas vómitos diarreas y superinfecciones. Como efectos tóxicos se han observado degeneración vascular turbia del hepatocitos con ictericia hepatocelular.

CEFALOSPORINA.-

La investigación de la cefalosporina se inició en el aislamiento de una cepa de *Cephalosporium acremonium* por Bratzel en la desembocadura de las aguas negras. EN Cerdeña. Este *Cephalosporium* inhibe diferentes bacterias debido a que fueron totalmente aislados en Oxford por Florey y colaboradores.

De estos antibióticos mostró principalmente interés la cefalosporina C y fue el punto de partida para la elaboración de las cefalosporinas.

Las cefalosporinas actuales. Es un antibiótico bactericida de amplio espectro que incluye al estafilococo productos de penicilinas. La dosis médica para adulto es de 4 grs. al día. Debe administrarse 1 gr. a las 6 hrs pero desafortunadamente su aplicación intramuscular es sumamente dolorosa, lo que hace muy difícil mantener el tratamiento.

La aplicación endovenosa o por venoclisis ocasiona flebitis y tromboflebitis que es un gran inconveniente de esta cefalosporina. En casos severos se administra hasta 12 grs. diarios. La dosis media de 4 grs. al día es muy elevada si se compara con la de otras cefalosporinas y esto se debe a que la cefalosporina se inactiva en el hígado.

Otras desventajas de este antibiótico es su uso en recién nacidos porque desplaza la bilirrubina de la albúmina y puede ocasionar kernicterus.

LINCOMICINA.-

Derivado del *Streptomyces lincolnensis*, tiene un espectro medio y actividad similar a la eritromicina. La administración parental es bien tolerada, cosa que no acontece con la eritromicina.

La lincomicina es muy difusible a través de los tejidos. Su alimentación es principalmente por la bilis cuando se administra parenteralmente, se puede obtener en la orina del 30 al 60 % de la dosis administrada.

La lincomicina presenta resistencia cruzada con la eritromicina ambos antibióticos actúan en la proporción ribosomal 50S y son principalmente bacteriostáticos.

La lincomicina está indicada para combatir infecciones causadas por estafilococos penicilinoresistentes y es una buena alternativa para tratar infecciones por microorganismos penicilinosensibles en pacientes alérgicos a la penicilina.

La dosis en los adultos por vía oral es de 500 mg.c/6 u 8 hrs. Es conveniente administrarse en los alimentos; vía intramuscular 600 mg c/24 hrs. 6 c/I2 dependiendo de la gravedad de la infección. Para niños por vía oral de 30 a 60 mg./kg. al día repartidos en 3 ó 4 dosis, iguales.

Reacciones secundarias:

Náuseas, vomitos y diarreas. La complicación más grave es la colitis pseudomembranosa.

ERITROMICINA.-

La eritromicina es un antibiótico del grupo de los macrólidos - obtenidos a partir del *Streptomyces erythreus*.

Presenta un espectro medio, con actividad sobre el estafilococo - y bacterias sensibles a la penicilina G, lo que resulta una buena alternativa para tratar infecciones en pacientes hipersensibles a la penicilina. Su mecanismo de acción consiste en inhibición - de la síntesis proteica de la porción ribosoma 50S. tiene acción principalmente bacteriostática.

Absorción.-

El estolato de eritromicina es la forma mejor absorbible y logra mayores niveles hemáticos; la base y el estearato de eritromicina se absorben con mayor facilidad.

Excreción.-

La eritromicina se excreta principalmente por la bilis, sólo un 5% por la orina. Si la infección no se controla en pocos días aparecen con facilidad mutantes eritromicinorresistentes.

Dosificación.-

Adultos 1 a 2 grs. al día divididos en 2,3 ó 4 tomas.

En niños 30 a 50 mg/kg al día divididos en 2,3, ó 4 tomas

Reacciones Secundarias.-

Con el estearato de eritromicina se ha observado colestasis - intrahepáticas y en ocasiones alteraciones de la función hepática con o sin ictericia. En pacientes con insuficiencia en la función hepática deben administrarse con precaución.

Aminoglucocidos.-

Los aminoglucocidos son antibióticos que han tenido lugar muy - importante en la medicina desde la investigación de la estreptomycinina en el año de 1942. Sin embargo, poco tiempo después se - - - empezaron a encontrar bacterias resistentes a este antibiótico - Actualmente la estreptomycinina se utiliza casi exclusivamente para el tratamiento de la tuberculosis, administrándola simultáneamente con otros antibióticos para evitar la rápida emergencia de resistencia del bacilo de la tuberculosis.

Otros como la neomicina (1949) y la paromicina (1959), presentan marcada actividad frente a bacilos gram-negativos y estafilococo productos de penicilinasa, pero su marcada toxicidad y nefrotoxicidad no permite emplearlos por vía inyectable, de tal manera que su uso queda limitado a la aplicación tópica, incluyendo la intestinal, pues cuando se administran oralmente no se absorben.

La kamicina y la Gentamicina son antibióticos de amplio espectro y acción intensamente bactericida que se administra intramuscularmente. Su mecanismo de acción antibacteriana es a nivel ribosomal ocasionando una síntesis de proteínas anormal. La porción del -- ribosoma en que actúan estos antibióticos es la sub-unidad 30S Químicamente estos oligosacáridos están formados por dos -- aminoazucres unidos por un puente de oxígeno a una desoxies- - treptamina.

Los aminoazúcares tienen diferentes radicales que los caracterizan los diferentes antibióticos de este grupo son kanamicina, Bekamicina Gentamicina y tobramicina.

Estos antibióticos que se obtienen por medio fermentación.

La modificación de antibióticos naturales, permite que en ocasiones se pueda obtener características que no existen en los compuestos originales.

B I B L I O G R A F I A

- 1.-Cirugia Bucal;Ries Centeno
- 2.-Exodoncia :Con Botadores;Ernesto J.Pastori
- 3.-Diagnostico y Tratamiento Odontologico;Dr.Donal D.I.
Mc.El Eroy
- 4.-Radiologia;Gomés de Radiología
- 5.-La extracción Dental;Geo Frey L.Howe
- 6,-Exodoncia: Facultad de Exodoncia
DCO.Antonio Zimbron Levy
DCO.Ariel Moscoso Barrera
DCO.José de Jesús Romero Gonzales
DC.Eduardo Galindo Bentón